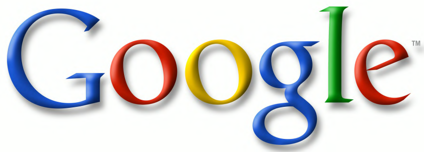
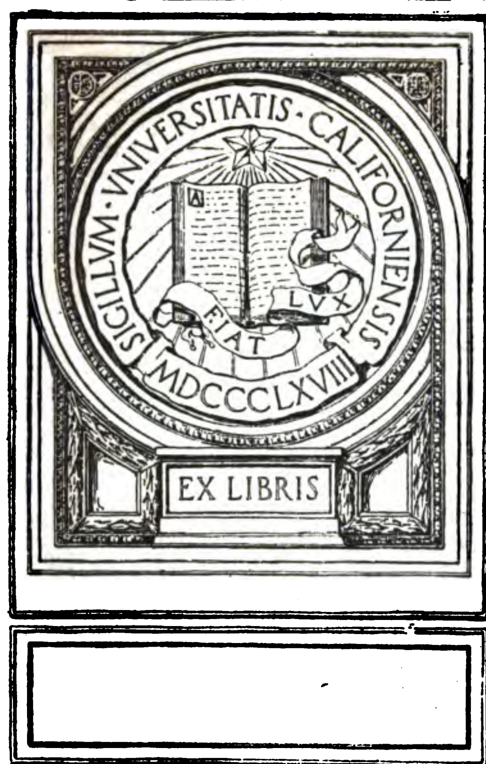
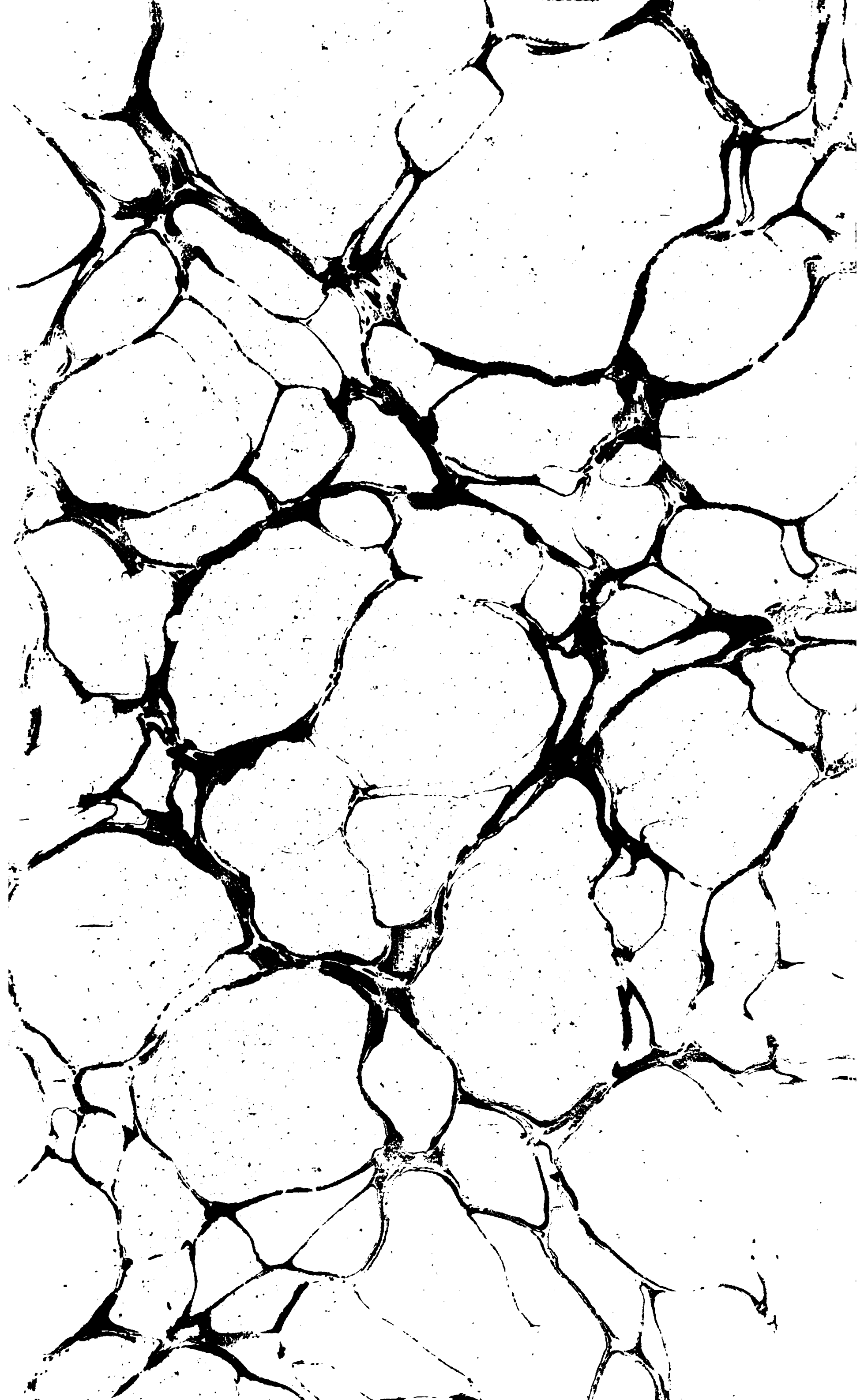



SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1884

PAR

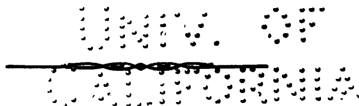
BOURNEVILLE
MÉDECIN DE BICÊTRE

BUDOR, DUBARRY ET LEFLAIVE
INTERNES DU SERVICE

ET

P. BRICON
DOCTEUR EN MÉDECINE

Volume V avec onze figures, cinq planches et un plan.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14.

A. DELAHAYE & E. LECROSNIER
ÉDITEURS
Place de l'École de Médecine.

1885

PREMIERE PARTIE

Historique. — Statistique.
La nouvelle section.
Assistance des enfants idiots, etc.

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1884. La nouvelle section. Assistance à domicile des enfants idiots.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ATELIERS. AMÉLIORATIONS DIVERSES.

La situation générale du service n'a pas changé. L'encombrement dans les dortoirs, les classes, les réfectoires est même allé s'aggravant chaque jour. Nous n'avons pas à y revenir ni à rappeler l'horrible situation de ce qu'on appelle l'infirmerie. Les travaux en cours d'exécution sur lesquels nous allons donner de longs détails, nous consolent en nous faisant espérer, dans un avenir prochain, une heureuse et complète transformation.

Nous rappellerons que le service comprend les *épileptiques adultes* et les *enfants*. Ceux-ci se divisent en trois catégories principales : 1° les *enfants idiots, gâteux, épileptiques ou non, mais* INVALIDES *et réputés incurables* ; 2° *les enfants idiots, gâteux ou non, épileptiques ou non, mais* VALIDES ; 3° *les enfants propres, valides, imbéciles, arriérés, épileptiques ou non.*

I. Les *enfants* de la première catégorie (*invalides*) continuent à séjourner, comme nous l'avons dit autrefois, dans le local qui sert d'infirmerie. On leur apprend à se tenir sur les jambes, à marcher, à se servir de la cuiller ; on essaie de les rendre propres en les plaçant sur des vases plusieurs fois par jour. Toutefois, ces essais d'enseignement physique se font d'une façon peu régulière, en raison de l'insuffisance du personnel et de l'absence d'installations convenables.

II. *Enfants idiots, gâteux ou non, épileptiques ou non, valides. — Petite école.* Les enfants de ce groupe fréquentent la *petite école* confiée exclusivement à des surveillantes et à des infirmières. Le matériel scolaire s'est enrichi d'un grand nombre d'objets : 1° d'un *escabeau* pour apprendre aux enfants à *monter,* ou à *descendre* les marches et à *sauter ;* 2° de vingt règles de 5, 10, 15,... 100 centimètres afin de donner aux élèves la *notion des longueurs ;* 3° de *solides* en bois de trois dimensions (sphères, cubes, cylindres, cônes, prismes) destinés à faire connaître ces figures aux enfants et aussi à leur faire distinguer les *différences de volume ;* 4° d'un *tableau des surfaces* dans lequel sont dessinés en creux un des triangles, un carré, un rectangle, un trapèze, un cercle, etc., et sur lesquels s'appliquent des figures analogues ; 5° de deux brouettes qui servent à enseigner aux enfants à tirer, à pousser, etc. ; 6° de *lettres en bois* de 7 centimètres 5 qui s'appliquent sur des lettres imprimées de même dimension, collées sur des cartons; 7° d'un *livre d'étoffes* destiné à inculquer aux enfants la notion des tissus et en même temps à développer le sens du toucher.

96 enfants ont été inscrits à la petite école dans le cours de l'année; sur ce nombre, 3 sont décédés, 4 sont sortis ; 1 est passé dans la seconde section des aliénés; 5 sont restés longtemps à l'infirmerie. Les 83 autres ont participé avec régularité à l'enseignement.

11 enfants ont pu être envoyés à la grande gymnastique ; les 72 autres ont été exercés à la gymnastique Pichery. 29 enfants se servent de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; 29 de la cuiller et de la fourchette ; 25 de la cuiller seulement. Il y a 58 enfants en pantalon (*propres*) et 25 en robe (*gâteux valides*).

Nous n'insisterons pas sur tous les détails de l'enseignement. Nous nous bornerons à rappeler qu'on apprend à ces enfants à manger proprement, à se laver, à s'habiller, se déshabiller, à boutonner, lacer, cirer, balayer, etc.; à connaître les objets qui les environnent, à distinguer les formes, les couleurs, etc., et que les plus avancés seuls apprennent à lire, écrire, compter, etc. Lorsqu'ils ont acquis un certain développement intellectuel et physique, ils passent dans la première catégorie et suivent les exercices de la *grande école*.

III. *Enfants propres et valides, imbéciles; arriérés, épileptiques, hystériques ou non. — Grande école.* — Le *personnel enseignant* de l'Ecole est resté le même. Les agents secondaires, les garçons de classe, qui sont de simples infirmiers, ne reçoivent pas de la part de l'Administration les encouragements nécessaires pour les fixer. Si, par hasard, nous en trouvons qui s'acquittent convenablement de leurs difficiles fonctions, l'Administration, pour un léger changement de grade, les déplace au lieu de leur donner ce modeste avancement sur place (1).

L'instituteur, M. Boutillier, fait tous ses efforts pour nous seconder. Loin d'arrêter son initiative, nous la provoquons, et c'est avec plaisir que nous avons con-

---

(1) Nous parlons de la nomination d'un infirmier de la 2e section, par exemple, à la 1re section de son grade. Il va de soi que, lorsqu'un infirmier est nommé sous-surveillant il doit changer de service. Nos garçons de classe ont des grades tout à fait inférieurs, alors que les *aides charretiers* et le *vacher*, par exemple, ont le grade de *suppléants*.

senti, sur sa proposition, à faire subir les épreuves pour le certificat d'études à dix enfants. Ils ont passé leurs examens avec les enfants du canton de Villejuif. Tous ont été reçus : l'un d'eux est arrivé le premier.

Afin d'exciter encore l'émulation des élèves, nous avions demandé à M. le président de la *Société pour l'instruction élémentaire*, l'autorisation de présenter un certain nombre d'enfants pour le certificat du 3e degré. Cette autorisation nous avait été gracieusement accordée. Malheureusement, les formalités administratives nous ont empêché d'en profiter. Peut-être trouverons-nous, une autre année, un concours plus facile.

Le *matériel* s'est enrichi de divers objets, notamment d'une collection de *solides* en bois et d'un tableau des *surfaces* plus complet que celui de la petite école ; d'une collection de *cartes noires* données par M. Davoust, conseiller municipal, etc.

Les enfants qui ont fréquenté la grande école en 1884, étaient au nombre de 95 le 1er janvier et de 103 au 31 décembre.

Enseignement professionnel. — Ateliers. — Nous avons tracé, l'an dernier, une description complète des ateliers, et, de plus, nous avons donné une reproduction des plans. A la fin de 1883, trois ateliers seulement fonctionnaient régulièrement, ceux de *menuiserie*, depuis le 26 août 1882 ; de *couture et de cordonnerie*, depuis le 8 octobre 1883. La population ayant augmenté, nous avons ouvert l'atelier de *serrurerie* le 16 janvier 1884 et celui de *vannerie* et de *rempaillage*, le 20 octobre. Il ne nous reste plus que deux ateliers à utiliser ; nous le ferons lorsque la population de la section atteindra le chiffre prévu, c'est-à-dire 400 (1).

Les apprentis sont divisés en deux groupes : les uns

---

(1) Nous espérons alors obtenir la création d'une place de *maître jardinier* et utiliser un certain nombre d'enfants aux travaux horticoles.

viennent travailler le matin, les autres le soir et, afin qu'ils participent à tous les exercices scolaires, nous intervertissons l'ordre des séries chaque semaine, c'est-à-dire que la série du matin devient la série du soir au bout de 8 jours. Les maîtres, MM. Leroy, Perche, Alène, Bénard et Marchal se sont acquittés avec beaucoup de zèle et de dévouement de leur tâche si difficile et parfois si ingrate, et méritent d'être encouragés par l'Administration. Le tableau suivant montre que les faits justifient les éloges que nous leur adressons.

ATELIERS.	DATE de l'ouverture.	NOMBRE Des appprentis. Janvier.	Décembre	VALEUR de la main-d'œuvre
Menuiserie	26 août 1883.	18	28	5.423 fr. 45
Cordonnerie . . .	8 octobre 1883.	10	20	1.656 25
Couture	8 octobre 1883.	12	21	2.689 35
Serrurerie	16 janvier 1884.	4	10	3.543 »
Vannerie et rempaillage	20 octobre 1884	0	5	284 20
		44	84	13.596 fr. 25

Nous devons faire remarquer que l'atelier de vannerie n'a fonctionné que le matin, depuis son installation jusqu'à la fin de décembre, parce que, l'après-midi, le maître vannier prenait lui-même des leçons afin d'apprendre à rempailler les chaises. Nous ajouterons encore que cet atelier, ainsi que les ateliers de menuiserie et de cordonnerie ont chômé à plusieurs reprises, soit parce que l'Administration ne faisait pas de commandes, soit parce que les matières premières faisaient défaut, les billets d'ordre pour les acheter séjournant plus que de raison dans les bureaux de l'Administration (1).

(1) Voici un fait qui montre le peu d'empressement du chef-lieu à faciliter le travail des ateliers. Dans le courant de septembre, les apprentis menuisiers étaient sans travail, nous avons écrit à M. Quentin; le 30, il nous répondait : « Quant aux travaux d'ameublement que vous désirez voir exécuter par les ateliers des enfants,

L'évaluation du travail des enfants donne, en chiffres ronds, 13.600 fr. ; mais il est inférieur à la réalité en ce sens que, si les travaux de menuiserie et de serrurerie sont évalués d'après les tarifs ordinaires, ceux de vannerie, d'après les tarifs du Magasin central des hôpitaux, un peu inférieurs, croyons-nous, aux prix de la ville, — il n'en est plus de même des travaux de cordonnerie et de couture, évalués d'après les prix payés aux vieillards et aux aliénés de l'hospice, prix inférieurs de plus de moitié à ceux de la ville (1).

Si, maintenant, nous déduisons de ces 13.600 fr. la somme payée aux maîtres, à raison de 6 fr. 50 par jour (2), soit 9.867 fr., nous voyons que le travail des enfants, qui n'est encore qu'en voie d'organisation, a procuré à l'Administration un bénéfice de 3.733 fr., somme qui ira chaque année en augmentant.

A nos yeux, c'est là une considération secondaire, car la création des ateliers spéciaux a fait disparaître les graves abus que nous avons signalés dans nos précédents *Comptes rendus* et elle rend aux enfants d'incontestables services sur lesquels tout le monde trouverait superflu d'insister (3).

Le *nombre des enfants* qui ont bénéficié de l'en-

M. le Directeur de Bicêtre a reçu des instructions à ce sujet. » — Le lendemain nous allâmes montrer la lettre de M. Quentin à M. le Directeur qui nous affirma que ni lui, ni l'économe n'avaient reçu d'instructions sur le point en question. Il est évident que M. Quentin était mal renseigné. Le Directeur de Bicêtre parla de ma démarche, et le 8 octobre il reçut enfin les ordres nécessaires.

(1) Un paletot de vieillard est payé (couture), 4 fr. au magasin central et 1 fr. 60 à Bicêtre.

(2) Ils ne sont ni nourris, ni logés, etc.

(3) Un autre résultat, important, est le suivant. De tout temps, il en est encore ainsi, l'habillement des enfants a laissé énormément à désirer. Très souvent les enfants n'avaient pas de vêtements à leur taille. On prenait les pantalons des adultes détériorés ; on rognait les jambes, on rétrécissait la ceinture et on donnait les pantalons ainsi arrangés (?) aux enfants. Depuis l'installation de l'atelier de couture, la situation s'est améliorée, si elle n'est pas parfaite c'est que la quantité d'effets est tout à fait insuffisante.

seignement professionnel s'est sensiblement accru, ainsi que le montrent les chiffres ci-après :

	1881	1882	1883	1884
	—	—	—	—
Cordonniers	6	4	10	20
Menuisiers	5	12	18	28
Rempailleurs	1	1	1	»
Serruriers.	2	3	4	10
Tailleurs	3	5	12	21
Tonneliers	2	4	3	3
Vanniers	»	»	»	5
Totaux.	19	29	48	87

Nous rappellerons encore que, en 1882 et à partir seulement de septembre, les enfants n'avaient qu'un maître spécial, le menuisier, installé provisoirement dans une sorte de hangar et que pour les autres professions, ils étaient confiés aux chefs des ateliers de l'hospice, situés en dehors et loin du service ; que les chefs d'ateliers chargeaient les vieillards de l'instruction des enfants ; que le même enfant n'était pas toujours confié au même vieillard, d'où une instruction professionnelle tout à fait incohérente et souvent à peu près nulle, sans compter une absence à peu près complète de surveillance donnant lieu à des abus de tous genres.

Promenades et distractions. — *a*) *Adultes.* Les promenades des infirmes dans les cours et les jardins, des valides non visités (de 29 à 38) au dehors, ont continué durant la belle saison. Tous les adultes de la section assistent chaque semaine au concert dirigé par le maître de chant. . . . . .

b) *Enfants.* Tous les enfants de la grande école et tous ceux de la petite, qui sont propres, ont fait de nombreuses promenades, soit dans les environs, soit dans Paris. Nous citerons les visites au Panorama de la Bastille, au Jardin des Plantes, au Jardin d'Acclimata-

tion (1), au Musée des Arts industriels, à l'Exposition des diamants de la couronne, à l'Exposition des Arts décoratifs (2). De plus, un certain nombre d'enfants ont pris part avec succès aux concours de gymnastique de Bourg-la-Reine et de Montsouris.

c) *Enfants de la petite école.*— Tous font de petites promenades dans les cours et les jardins de l'établissement ou dans le voisinage, été comme hiver. Ces promenades servent à leur instruction en ce sens que leurs maîtresses les interrogent sur les objets, les animaux, les plantes, etc., qui frappent leurs yeux.

Notons enfin des distractions diverses, et, notamment, le concert que donnent chaque année les frères Lionnet, des distributions de jouets, des séances de lanterne magique. Nous organiserons l'an prochain, à moins d'obstacles imprévus, des séances de projections à la lumière oxydrique.

Visites, permissions de sortie, congés. — Les malades adultes ont reçu 2200 *visites* et les enfants 3153. Les visiteurs ont été au nombre de 8522. Voici maintenant la statistique des *permissions de sortie* et des *congés* :

		ADULTES.	ENFANTS.
Permissions de sortie :	1 jour . . .	116	94
— —	2 jours. . .	106	68
Congés :	3 jours. . .	39	47
—	4 jours. . .	14	38
—	5 jours. . .	37	68
—	8 jours. . .	25	140
—	15 jours. . .	14	21
—	un mois. . .	»	1
Totaux.		351	477

(1) La direction du Jardin d'Acclimation veut bien nous donner tous les ans des entrées gratuites et pour les enfants de Bicêtre et pour ceux de la Salpêtrière.

(2) Nous avons dû à notre collègue, à la Chambre des Députés, M. Antonin Proust, les autorisations nécessaires pour ces visites. Nous tenons à l'en remercier ici.

Nous n'avons qu'à nous louer d'avoir provoqué l'autorisation préfectorale afin de donner le plus de liberté possible à nos malades. Les permissions de sortie, les congés leur rendent service, font plaisir aux familles, maintiennent les liens d'affection et nous aident puissamment au point de vue de la discipline et du travail, les malades récalcitrants sachant qu'ils peuvent être privés de cette faveur.

Vaccinations et revaccinations. — De même que les années précédentes, depuis que nous sommes à la tête du service (1879), il a été procédé à la vaccination ou à la revaccination d'une partie des malades (22) entrés dans l'année (1). Cette petite opération est pratiquée par les élèves infirmières de l'Ecole de Bicêtre, sous notre direction et celle de nos internes. Cette pratique devrait être suivie dans tous les services hospitaliers ; on diminuerait ainsi le champ qu'on laisse, par insouciance, aux épidémies de variole, et on rendrait probablement inutile la construction d'un hôpital de varioleux.

Service dentaire. — Ce service, institué sur notre demande et confié à un spécialiste des plus distingués, M. le Dr Cruet, ancien interne des hôpitaux, continue à rendre de grands services à nos malades.

Bains et hydrothérapie. — Aucune modification à signaler dans les installations. Voici le relevé de l'année :

	ADULTES.	ENFANTS.
Bains simples	2.167	2.544
— salés	»	3.505
— sulfureux	6	»
— de son ou d'amidon	113	46
— alcalins	9	»
Douches	9.104	14.428

soit, au total, 8.390 bains et 23.532 douches.

(1) Les autres ont été vaccinés au commencement de 1885.

Photographies. Moulages. Musée. — Notre collection s'est enrichie en 1884, de nouvelles *photographies*, soit de nouveaux malades, soit de malades anciens ayant présenté des modifications en bien ou en mal et de 23 *moulages* de la tête des malades décédés ou de *malformations*. Nous n'avons que des félicitations à adresser à MM. Hubert, chef de l'atelier de la tonnellerie et Hurel, surveillant de la Sûreté, chargés, le premier de la photographie, le second du moulage.

Nous avons fait photographier tous les cerveaux des malades et constitué ainsi des *Atlas* d'autant plus intéressants, que les observations des malades sont prises aussi soigneusement que possible. Nous avons de la sorte tous les éléments nécessaires à l'organisation d'un véritable *Musée pathologique*.

II.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1884, la section contenait 305 malades ainsi répartis : 123 *adultes épileptiques* (53 aliénés et 70 réputés non aliénés) et 182 *enfants* (épileptiques, hystériques, idiots, arriérés, etc.). Le tableau suivant résume le mouvement de la population en 1884 :

MOIS.	ENTRÉES.		DÉCÈS.		SORTIES.		TRANSFERTS.	
	Adultes.	Enfants.	Adultes.	Enfants	Adultes	Enfants.	Adultes.	Enfants.
Janvier.	1	3	»	2	»	2	»	»
Février.	»	2	»	2	»	1	»	»
Mars.	1	4	2	1	»	1	»	»
Avril.	»	»	»	2	»	»	»	»
Mai.	»	1	1	»	»	1	»	»
Juin.	2	2	»	»	2	»	»	»
Juillet	1	39	1	1	1	»	2	»
Août.	»	6	»	»	»	1	»	2
Septembre. . .	»	1	1	»	»	2	»	»
Octobre	1	7	»	2	1	1	»	»
Novembre . . .	»	3	1	3	1	2	»	2
Décembre . . .	2	7	1	2	»	»	»	»
Totaux. . . .	8	75	7	15	5	11	2	4
	83		22		16		4	

Trois malades sont passés de la section des enfants dans celle des adultes : Pigne.., le 27 juillet ; Auche.., le 4 août, et Gouvi.., le 3 novembre.

Décès. — Les décès ont été au nombre de 23 : 15 enfants (au-dessous de 18 ans) et 8 adultes, dont 1 mort à la 2e section.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.
Gouella.	17 ans 1/2.	Sans.	Méningo-encéphalite chronique. Epilepsie vertigineuse.
Pot..	4 ans.	Sans.	Idiotie complète.
Ma..	10 ans.	Sans.	Idiotie sympt. Epilepsie.
Lou.	14 ans.	Menuisier.	Epilepsie idiopathique. Déchéance intellectuelle.
Ducoure...	12 ans.	Sans.	Idiotie complète. Péritonite tuberculeuse.
Greni..	18 ans.	Cultivateur.	Hydrocéphalie (?). Imbécillité. Epilepsie symptomatique.
Moy...	21 ans.	Sans.	Imbécillité. Epilepsie idiopathique (?). Eczéma chronique. Eléphantiasis consécutif.
Wei...	18 ans.	Sans.	Epilepsie idiopathique. Imbécillité. Démence progressive.
Assass.	8 ans.	Sans.	Idiotie congénitale complète.
Lobbe...	19 ans.	Sans.	Chorée chronique. Débilité mentale.
Brégev..	59 ans.	Maçon.	Epilepsie idiopathique. Démence consécutive.
Charme..	11 ans.	Sans.	Epilepsie, hydrocéphalie. Imbécillité. Mal de Pott dorsal.
Letév..	26 ans.	Sans.	Epilepsie idiopathique.
Rente..	71 ans.	Sans.	Epilepsie idiopathique *tardive*.
Demange..	20 ans.	Sans.	Idiotie complète congénitale. Epilepsie.
Hutr.. . . . . . . ,	5 ans.	Sans.	Idiotie complète. Epilepsie.
Boucher..	14 ans.	Sans.	Imbécillité.
Golbe.	7 ans.	Sans.	Epilepsie idiopathique.

...tes du Décès.	CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
janvier.	Méningo-encéphalite chronique.	Décortication complète mais partielle de la substance grise. Atrophie sans sclérose des lobes frontaux.
6 —	Athrepsie.	Inégalité de poids des hémisphères cérébraux et cérébelleux.
26 —	Fièvre continue.	Méningite ancienne.
27 février	Etat de mal.	Quelques points de méningite chronique.
1er mars.	Péritonite tuberculeuse.	Idiotie par arrêt de développement, surtout des lobes frontaux. Aspect carré des circonvolutions.
6 —	Asphyxie dans un accès.	Kyste dermoïde de la dure-mère. Pachyméningite ossifiante. Hydrocéphalie ventriculaire symptomatique. Epaississement considérable des os du crâne.
20 —	Congestion pulmonaire.	Méningite chronique.
1er avril.	Etat de mal.	Asymétrie des circonvolntions. Absence d'adhérence de la pie-mère.
30 —	Tuberculose pulmonaire et intestinale.	Rein unique. Tumeur épithéliale du ventricule latéral droit. (Voir p. 127.)
20 mai.	Etranglement interne?	Absence d'adhérence des méninges.
19 juillet.	Anthrax. Phlegmon diffus. Broncho-pneumonie.	Hypertrophie et dégénérescence graisseuse du cœur. Foie cardiaque. Reins séniles.
31 —	Méningite cérébro-spinale ascendante.	Troubles trophiques oculaires aigus.
7 octobre.	Tuberculose pulmonaire et intestinale.	Affaiblissement progressif de l'intelligence. Mère morte tuberculeuse. Granulations et cavernes tuberculeuses dans les poumons. Ulcérations tuberculeuses de l'intestin.
3 novemb.	Hémorrhagie cérébrale.	(Voir plus loin, p. 115).
14 octobr.	Tuberculose pulmonaire.	Méningite chronique.
15 octobr.	Broncho-pneumonie.	Méning. chron. Hydrocéphalie légère.
7 novemb.	Tuberculisation pulmonaire, cavernes, etc.	Méningo-encéphalite chronique généralisée.
20 —	Asphyxie dans un accès nocturne.	Persistance du thymus.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS.	MALADIES.
Reb.........	4 ans.	Sans.	Idiotie complète. Epilepsie. Sclérose cérébrale.
Thouve.......	4 ans.	Sans.	Idiot tourneur.
Fau.........	15 ans.	Sans.	Hydrocéphalie partielle. Idiotie complète symptomatique. Epilepsie.
Bésam.......	36 ans.	Cartonnier.	Epilepsie idiopathique. Démence complète.
Duv.........	36 ans.	Cordonnier.	Hystéro-épilepsie et épilepsie.

Sorties. — 20 malades sont sortis en 1883. Le tableau ci-après (p. XVI) indique les causes des sorties et la nature de l'affection dont étaient atteints les malades.

Evasions : 2. — Un adulte, Grandid.., et un enfant, Filh...

Population au 31 *décembre* 1884. — Le 31 décembre, il restait dans le service 346 malades se répartissant ainsi qu'il suit :

54 épileptiques adultes aliénés.
68 — — non aliénés.
107 enfants idiots; imbéciles, arriérés, etc.
97 — épileptiques aliénés.
20 — — non aliénés.

Nous n'avons pas à revenir sur cette classification, qui, on le sait, au point de vue des épileptiques, est plutôt administrative que médicale.

Personnel du service en 1884. — Nous avons à en-

[illegible]ates du Décès.	CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
21 —	Tuberculose pulmonaire. Thrombose pulmonaire.	Les ganglions trachéo-bronchiques sont très hypertrophiés, ils compriment l'artère pulmonaire au niveau de sa bifurcation. Le calibre de ce vaisseau est oblitéré en ce point par un thrombus.
22 déc.	Mort dans un accès.	L'hémisphère droit pèse 20 gr. de plus que le gauche.
29 —	Cachexie épileptique.	Balancement latéral de la tête. Stomatite ulcéreuse.
30 —	Pneumonie droite.	Tuberculose pulmonaire. Pas d'adhérences de la pie-mère et du cerveau, ce qui explique l'absence d'inégalité des pupilles, de tremblement de la langue, de troubles de la parole.
5 mars, à la 2e section.	Méningo-encéphalite.	Lésions de la méningo-encéphalite au début, analogues à celles de la paralysie générale à la 1re période.

registrer, en 1884, un événement bien douloureux : l'une des filles de notre surveillant, Mlle Joséphine Agnus, qui, avec un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge, consacrait toute son intelligence et tout son cœur à soigner et à instruire les enfants de la petite école, a été enlevée par une fièvre typhoïde le 28 juillet. Elle n'était âgée que de 21 ans et demi. Nous devions cet hommage à sa mémoire et ce témoignage de notre sympathie à une famille qui a rendu et rend encore tant de services à l'Administration.

Le personnel se composait : d'un interne titulaire, M. Budor (1); d'un interne provisoire, M. Leriche; de M. le Dr P. Bricon, qui, depuis plusieurs années, nous prête libéralement son concours ; un instituteur, M. Boutillier (2), aidé d'un professeur de chant,

(1) M. Budor a été remplacé au mois de juillet par M. Dubarry, interne provisoire.

(2) Par un arrêté, en date du 30 décembre, M. Poubelle, préfet de la Seine, a élevé, sur notre demande le traitement de l'instituteur de 2,400 à 2,700 fr.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS.	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Coche . . .	18 ans.	Tailleur de pierres.	Imbécillité. Excitation maniaque intermittente.	Rendu à son père sur sa demande.
Rottembou. .	10 ans.	Sans.	Imbécillité avec turbulence.	—
Dourc.. . . .	6 ans.	Sans.	Débilité mentale avec perversion des instincts. Impulsions. Epilepsie.	—
Gaid..	17 ans 1/2.	Sans.	Débilité mentale. Paralysie pseudo-hypertrophique.	—
Ju..	9 ans 1/2.	Sans.	Imbécillité légère. Instabilité mentale.	—
Grandid.. . .	23 ans 1/2.	Cordonnier.	Epilepsie procursive. Kleptomanie. Pédérastie.	Evadé le 18 juin. Ramené à l'hôpital par son père.
Dem..	23 ans 1/2.	Empl. au bureau, a été mousse.	Epilepsie idiopathique.	Sorti très amélioré.
Vel.	24 ans.	Sans.	Epilepsie idiopathique. Périodes d'excitation maniaque. Hallucinations de l'ouïe et de la vue. Démence.	Passé aux aliénés.
Her..	16 ans.	Sans.	Imbécillité prononcée avec perversion des instincts. Péritonite chronique.	Non rentré de congé. Défalqué.
Quill.	17 ans.	Serrurier.	Instabilité mentale avec perversion des instincts. Tentatives de suicide.	Transféré à l'asile de Prémontré.
Vaecht. . . .	19 ans 1/2.	Sans.	Idiotie complète. Gâtisme.	Passé aux adultes. 2e section.
Filh..	15 ans 1/2.	Tailleur.	Instabilité mentale. Hernie. Kyste du testicule droit.	Evadé le 20 septembre. Ramené le 25.
Wojatsch.. .	14 ans.	Menuisier.	Imbécil. Impulsions. Méningite chronique.	Rendu à sa mère.
Thire.	9 ans.	Sans.	Imbécillité prononcée. Vertiges.	Non rentré de congé. Défalqué.
Marson. . . .	38 ans.	Travaillant à la buanderie	Imbécillité. Epilepsie idiopathique.	Passé aux vieillards, n'ayant plus d'accès depuis un an.
Berna.. . . .	22 ans.	Sans.	Imbécil. congénitale et instabilité mentale. Excitation maniaque. Délire de persécution.	Rendu à son père notablement amélioré.
Ber.	16 ans.	Ap. serrurier.	Epilepsie avec débilité mentale.	Transféré à Grenoble (Isère).
Bri.	13 ans.	Ap. serrurier.	Epilepsie ? héréditaire.	Rendu à sa mère.
Filh..	15 ans 1/2.	App. tailleur.	Instabilité mentale, etc.	Rendu à son père très notablement amélioré.
Merl..	5 ans.	Sans.	Idiotie complète. Epilepsie.	Transféré à Auxerre (Yonne).

M. Pény; d'un maître de gymnastique, M. Goy, et de quelques administrés de l'hospice; d'un surveillant, M. Agnus; d'un sous-surveillant, M. Lantin; de trois sous-surveillantes, Mlle Blanche Agnus, Mme Jolliot, Mlle Berthe Langlet (qui a remplacé Mlle J. Agnus); de deux suppléantes, Mlles A. Bohain et Thierry Sarrazin; de 2 infirmières de 1re classe; de 7 infirmières de 2e classe; de 3 infirmiers de 1re classe; de 2 infirmiers de 2e classe.

L'*enseignement professionnel* est confié à MM. Leroy, maître menuisier; Alène, maitre tailleur; Perche, maître cordonnier; Bénard, maître serrurier, et Marchal, maître vannier.

Nous avons demandé diverses améliorations, et notamment des promotions et la nomination d'un instituteur-adjoint. Espérons qu'elles seront réalisées dans le courant de 1885. L'intérêt que le nouveau directeur de l'Assistance publique, M. le Dr Peyron, nous a paru porter au sort des malheureux enfants de Bicêtre nous permet de l'espérer.

III.

LA NOUVELLE SECTION.

Dans les précédents *Comptes rendus*, nous avons donné une description complète de la situation sordide de l'ancienne section des enfants. Nous avons rappelé les efforts faits en vain par nos prédécesseurs, MM. Delasiauve, A. Voisin, J. Falret, pour obtenir même les plus minimes améliorations. Enfin, nous avons reproduit des extraits de nos rapports au Conseil général de la Seine, concernant ce service et concluant à la création d'une section spéciale pour 200 enfants : 1° afin de faire cesser un état de choses, honteux pour l'Administration de l'Assistance publique; 2° afin de procurer des lits à des enfants inscrits depuis longtemps à l'Administration de l'Assistance publique ou attendant au Bureau d'admission de l'Asile clinique (Sainte-Anne); 3° afin aussi de ne plus transférer d'enfants dans les asiles de province, où ils ne reçoivent, en général, aucune instruction et où ils se trouvent tout à fait privés des visites affectueuses de leurs familles.

Ce vœu a été adopté par le Conseil général en février 1878 et renouvelé au mois de novembre de la même année. Le directeur de l'Assistance publique, M. Möring, fit dresser un programme des travaux par M. Brelet, alors inspecteur chargé de l'hospice de Bicêtre et aujourd'hui secrétaire général. Plein de confiance en ses connaissances, celui-ci dressa un programme sans étudier les établissements étrangers — puisqu'il n'y en a pas en France — consacrés aux enfants idiots et sans songer, même un instant, à consulter les médecins de la Salpêtrière (M. Delasiauve) et de Bicêtre (M. J. Falret), chargés des services spéciaux. C'est d'après ce singulier programme que M. Gallois, architecte, dressa les plans et les devis de la section. Le projet fut introduit

en octobre 1879 au Conseil de surveillance, qui chargea notre ami, le Dr H. Thulié, de l'examiner.

Vers la fin du mois de novembre 1879, quelques semaines après notre nomination de médecin de l'hospice de Bicêtre, la Commission de l'Assistance publique du Conseil général vint, suivant sa coutume, visiter la division des aliénés. Son président, M. Thulié, en profita pour nous montrer le projet de la nouvelle section, en provoquant nos remarques. Un examen rapide nous fit voir que ce projet ne répondait pas aux vœux du Conseil général : il n'était fait que pour 120 enfants, et il y en avait 125 dans la vieille section; il y en avait 7 au Bureau d'admission de l'Asile Sainte-Anne, attendant des places; il y en avait une trentaine d'autres inscrits à l'Assistance publique.

Non seulement le projet ne permettait pas de faire face aux besoins actuels, mais la première mesure qu'il y aurait eu à prendre, en le supposant exécuté, consistait à procéder à un transfert, contrairement aux intentions du Conseil général. Nous fîmes ressortir aussi les graves inconvénients que, suivant nous, présentait une construction de trois étages au-dessus du rez-de-chaussée pour des enfants infirmes, paralysés, et pour des enfants épileptiques, exposés à des chutes dangereuses. Dans le but de remédier au premier inconvénient, c'est-à-dire à l'insuffisance des lits, nous proposâmes de transformer en dortoirs les locaux affectés à l'école et de construire une école entre le bâtiment projeté, 84, et le gymnase, 53 (voir le PLAN); cette modification, qui donnait 40 lits, soit au total 160, parut juste à M. Thulié, qui la fit adopter par le Conseil de surveillance. Le projet, ainsi modifié, fut introduit au Conseil municipal le 13 avril 1880. Le rapport du Directeur de l'Assistance publique était ainsi conçu :

Rapport à Monsieur le Sénateur Préfet de la Seine.

Monsieur le Préfet,

L'administration de l'Assistance publique se préoccupe depuis quelques années, du moyen d'améliorer le service des Enfants idiots et épileptiques de l'Asile de Bicêtre et de déférer, à ce sujet, au vœu du Conseil général de la Seine. *Ce service est en effet dans les conditions les plus déplorables.* Il ne forme

pas une section à part, et se trouve confondu avec celui des adultes-épileptiques. *Les localités affectées aux enfants sont éparses dans toute la section* : ici, un bâtiment court et étroit n'ayant qu'un rez-de-chaussée et un étage; là, une partie de rez-de-chaussée et un premier étage d'un grand bâtiment à quatre étages, dont le reste est affecté à d'autres malades adultes; sur un troisième point, un hangar fermé, servant de chauffoir; et, enfin, à l'extrémité de l'établissement, un gymnase avec préau.

Les services généraux, tels que classes, réfectoires, offices, bains, lavabos, cabinet du surveillant et magasins, occupent le rez-de-chaussée. Les dortoirs, au nombre de deux, sont installés au premier étage du bâtiment spécial aux enfants et du bâtiment des adultes. *La Classe et le réfectoire sont à peine éclairés et insuffisamment aérés. Ils sont peu spacieux et donnent un cube d'air tout à fait dérisoire. Aussi, ces localités sont-elles froides, humides et malsaines.*

Les dortoirs sont également insuffisants; de plus, *ils ont le grave inconvénient de renfermer pêle-mêle et confondus les uns avec les autres, des enfants dont l'âge varie et dont l'affection diffère. Il n'existe pas d'infirmerie spéciale;* les *malades* sont réunis aux *enfants gâteux* dans une même salle. *Il y a là, au point de vue de l'hygiène, une situation* QUI NE SAURAIT ÊTRE TOLÉRÉE PLUS LONGTEMPS.

Le service actuel est encore défectueux au point de vue de l'organisation du personnel servant. Il n'y a pas de direction spéciale. Les enfants ne sont pas d'une manière immédiate et constante sous les yeux d'employés, les suivant dans tous leurs mouvements, les accompagnant dans tous leurs exercices. A part quelques heures passées avec l'instituteur, ils sont presque exclusivement remis entre les mains de serviteurs d'un ordre secondaire, et ces serviteurs sont tous, ou à peu près, des hommes qui apportent tout leur bon vouloir à leurs fonctions, mais sont par nature, peu aptes aux mille soins de propreté que réclament leurs petits malades, et n'ont pas ce dévouement charitable que les femmes possèdent à un si haut degré. Une réforme sérieuse est à faire à ce sujet. Il faut assurer à ces pauvres enfants une surveillance de tous les instants; il faut les confier à un personnel choisi de femmes qui ne les quittent pas et soient toujours avec eux dans les dortoirs, dans les classes, dans les réfectoires, dans les récréations (1); il faut enfin, multiplier autour d'eux, les

---

(1) Ainsi que nous l'avons dit (*Compte rendu* de 1880, p. XVIII), quelques jours après la prise de possession du service, nous nous

moyens d'instruction et d'éducation afin d'éveiller et de développer leur intelligence en même temps qu'on améliore leur état physique.

En résumé, sous le rapport matériel et sous le rapport moral, le service actuel des enfants idiots et épileptiques DOIT ÊTRE IRRÉVOCABLEMENT CONDAMNÉ, *et il convient,* SANS PLUS TARDER, *de porter remède à un état de choses qui compromet le bien-être de toute une population si intéressante par ses souffrances, par ses misères et par son âge.*

Après avoir longuement étudié cette réforme et examiné les différentes solutions pratiques et réalisables, je me suis arrêté au projet que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à Monsieur le Sénateur Préfet.

Ce projet, qui comporte la création d'une section spéciale et complètement isolée des services d'adultes, me paraît devoir donner satisfaction aux légitimes préoccupations du Conseil général et de Monsieur le Préfet (1).

L'emplacement choisi pour la création de cette nouvelle section est situé à l'extrémité de la division des aliénés, sur la par-

---

sommes occupé des 50 enfants idiots abandonnés aux soins de deux infirmiers changeant tous les 2 ou 3 mois, les gardant comme un troupeau. Nous avons demandé *deux infirmières jeunes* et un *infirmier âgé*, le Directeur de Bicêtre a transmis notre demande au directeur général qui a répondu qu'il n'était pas possible de confier à des femmes des enfants de ce genre. Nous avons insisté disant que, entre notre opinion et celle du directeur général, l'expérience avait prononcé ; que, en Angleterre, filles et garçons étaient réunis et confiés, sauf les grands, à des femmes jeunes, et, autant que possible, de physionomie agréable. Le Directeur général déclara qu'il trouvait l'expérience détestable, mais qu'il consentait, en raison de mon insistance, à donner deux infirmières âgées d'une quarantaine d'années. Nous répondimes que, en réclamant des infirmières jeunes, nous étions inspiré par le désir d'avoir des intelligences malléables, susceptibles d'apprendre et d'enseigner, et aussi de pouvoir, une fois dressées à l'enseignement spécial que nous cherchions à introduire, rendre durant longtemps des services à l'Administration ; nous terminions en disant que, puisque ces raisons n'étaient pas convaincantes, nous accepterions les deux *infirmières âgées* d'une quarantaine d'années. Notre surveillant, M. Agnus, plus confiant que l'Administration, ayant offert ses deux jeunes filles, l'Administration céda. On voit par le passage du rapport que l'Administration n'a pas été longue à s'approprier l'honneur d'une petite amélioration qu'elle combattait quelques jours auparavant.

(1) Ceci était vrai pour le Conseil général, mais il n'y a nulle trace des préoccupations de M. le Préfet sur ce sujet. C'était là une flatterie bien inutile.

tie sud-ouest du plateau qui domine la vallée de la Bièvre (1). Il est suffisamment spacieux et éloigné des autres constructions. Sur ce terrain s'élèverait un bâtiment destiné à contenir 160 *lits* d'enfants, 16 lits d'infirmerie et 8 lits pour l'isolement des affections contagieuses. *Ce nombre de lits serait parfaitement suffisant pour le traitement des enfants idiots et épileptiques, valides ou gâteux* (2), et nous pourrions en même temps réaliser une amélioration importante dans ce service, en classant les malades d'après l'âge et les infirmités. La population actuelle se compose de 125 enfants : 63 valides, 62 gâteux. La proportion des gâteux est des deux tiers pour les enfants de 4 à 12 ans et d'un tiers pour les enfants de 13 à 17 ans. Ces indications permettent de poser la base du classement des malades par âge et par infirmité. Nous les répartissons en deux divisions : 1° Division des grands (13 à 17 ans), 80 lits ; 2° Division des petits (4 à 13 ans), 80 lits.

Nous établissons dans chaque division deux sections : les valides et les gâteux ; chaque section est à son tour subdivisée en un certain nombre de groupes correspondant à des séries d'âge et à des catégories d'infirmités (3).

Les malades des divisions des grands et des petits seraient recueillis dans une infirmerie commune composée de deux salles de huit lits. En outre, une salle d'isolement de *huit lits* serait spécialement affectée au traitement d'affections contagieuses.

La construction à élever consisterait en un bâtiment ayant un rez-de-chaussée, deux étages carrés et un troisième étage, également carré, pour la partie centrale, mais sous brisis pour les ailes. La longueur du bâtiment mesurerait environ 80 mètres. La partie du milieu formerait pavillon en saillie sur les deux ailes.

Dans le terre-plein, sous ce bâtiment, on placerait les fosses mobiles. Par le fait de la différence de niveau des sols, ces

---

(1) C'est l'emplacement que nous avions indiqué dans nos rapports, au nom de la Commission de l'Assistance publique.

(2) L'auteur de ce programme, M. Brelet, sur lequel s'est appuyé le Directeur de l'Assistance publique pour formuler cette affirmation, a péché, ici encore, par ignorance. S'il avait additionné le chiffre des enfants de Bicêtre, le chiffre des enfants alors au bureau d'admission, celui des enfants en instance d'admission à l'Assistance, il aurait vu qu'il était bien au dessous des *besoins du moment* (Voir p. XIX).

(3) Inutile de dire que cette *classification administrative* est en partie fantaisiste.

fosses seraient de plein-pied avec le terrain en contre-bas du côté de la vallée. En avant serait construit un égout en remplacement de celui existant, qui ne peut être conservé. Voici les dispositions projetées pour chaque étage :

1° Au *rez-de-chaussée*, dans le pavillon central, les cabinets de la surveillante et de l'instituteur, une bibliothèque et un magasin, les réfectoires, les bains, les lavabos, une office et des débarras. Dans les ailes de ce rez-de-chaussée deux dortoirs de 10 lits chacun pour la division des grands et deux dortoirs de 10 chacun pour la division des petits. Ces 40 lits placés à ce rez-de-chaussée seraient destinés aux enfants infirmes, pour lesquels l'ascension d'un escalier constitue un véritable danger ou une gêne de service s'il faut les porter à bras (1).

2° Au *premier étage*, dans le pavillon central, l'infirmerie avec office et baignoire, le cabinet du médecin, une lingerie, un vestiaire, les dortoirs des infirmières de jour et de nuit ; l'infirmerie contiendra 16 lits (2). Dans les ailes de ce premier étage, deux dortoirs de 10 lits chacun pour la division des petits.

3° Au *deuxième étage*, dans le pavillon central, chambres d'isolement avec office et baignoires ; les logements des sous-surveillantes de l'infirmerie, les dortoirs des veilleuses du service des gâteux, et quelques chambres de suppléantes et des magasins. Les deux chambres d'isolement contiendront chacune quatre lits. Dans les ailes du deuxième étage, deux dortoirs ayant chacun 10 lits pour la division des grands et deux dortoirs ayant chacun 10 lits pour la division des petits.

4° Au *troisième étage*, dans le pavillon central, les logements de la surveillante, du maître-adjoint, de la maîtresse-adjointe ; quelques chambres pour les serviteurs. Dans les ailes, deux dortoirs de 10 lits chacun pour la division des grands et deux dortoirs de 10 lits chacun pour la division des petits. Les 40 lits de ce troisième étage ne seraient utilisés qu'en cas de complète occupation des étages inférieurs, et au fur et à mesure des besoins du service. Des cabinets d'aisances et des lavabos existent à tous les étages.

---

(1) Dans le projet primitif, le rez-de-chaussée était occupé par l'école et ces enfants étaient au second étage : alors M. Brelet ne trouvait pas d'inconvénient aux escaliers.

(2) Ce nombre était absolument insuffisant, au moins du double. Il n'y avait, pour s'en rendre compte, qu'à visiter l'infirmerie du Dépôt.

En résumé, le pavillon central serait uniquement consacré aux logements et aux services généraux; les ailes, aux divisions des enfants. Le nombre des lits pour la division des grands serait de. 80; la division des petits compterait également 80 lits; l'infirmerie générale, 16 lits, et les chambres d'isolement, 8 lits ; soit au total 184 lits.

En face le bâtiment principal, dont je viens d'indiquer les aménagements, serait construite une annexe destinée à l'école. Cette annexe, couvrant 350 mètres superficiels, renfermerait quatre grandes classes ou préaux, avec pièces accessoires, lavabos, latrines, etc. Ces localités s'ouvriraient sous un auvent se rattachant à une galerie légère, parallèle au Marais et fermée de ce côté par un vitrage; cette galerie relierait le grand bâtiment et le service scolaire et permettrait d'y arriver à couvert.

Le chiffre de la dépense proposée pour cette annexe du bâtiment principal d'habitation peut paraître au premier abord, un peu élevé; mais il faut remarquer que cette construction, qui couvrira une grande étendue de terrain, est prévue avec des fondations de deux mètres; que les parties basses nous obligeront à employer des matériaux de choix pour éviter l'humidité et conserver les parquets qui devront être en bois de chêne. En outre, ce bâtiment annexe devra, à cause de la situation toute particulière des enfants idiots, être pourvu de deux séries de lavabos et de cabinets d'aisances, avec tous leurs accessoires, ainsi que d'urinoirs.

Envisagée sous ce point de vue, la dépense proposée n'a plus rien d'exagéré; le prix de revient n'est guère que de 170 fr. le mètre pour le bâtiment des classes et de 130 fr. pour la galerie dont les fondations seront plus profondes par suite de la disposition du sol.

En ce qui concerne le bâtiment principal, voici le mode de construction que nous vous proposons. Les parties inférieures des murs de face seraient en roche, ainsi que les piles d'angles et encoignures; les murs en moellons hourdés en mortier et en plâtre avec enduits aux deux faces et assises courantes, parpaings sous la partie des planchers et aussi avec parties en moellon piqué apparent pour former les encadrements des baies; plusieurs parties d'avant-corps seraient également en moellon piqué. Les entablements et bandeaux en pierre. Le troisième étage du motif central en briques avec encadrement de baies en moellon piqué et couronnement en pierre. Toutes les allèges des croisées en briques apparentes; de même pour les parois extérieures des tourelles des cabinets d'aisances

dont l'ossature sera en fer. Les planchers en fer, les faux-planchers et la charpente des combles en bois, ainsi que les escaliers. Le sol du rez-de-chaussée partie en ciment, partie en chêne; les planchers des étages supérieurs en chêne, la menuiserie en chêne et sapin. La couverture *en ardoises* ordinaires d'Angers pour les brisis, le surplus en zinc.

Au-devant des ailes on établirait une galerie légère en fer et fonte, couverture *en zinc* et sol en bitume. Quant au petit bâtiment affecté aux classes, la couverture serait *en tuiles* à emboitement. D'après les deux devis dressés par l'architecte, la dépense s'élèverait, après révision, savoir :

Principal.	620.934 94
1/10e pour travaux imprévus. . . .	62.093 49
1/20e pour frais de direction. . . .	34.151 54
Total. . . .	717.179 97

Cette dépense sera naturellement atténuée d'une manière sensible par les rabais que produiront les adjudications publiques des diverses natures d'ouvrages. Aussi, si nous comparons la somme qui sera réellement dépensée avec le nombre des lits à créer, nous trouvons que chaque lit coûtera environ 3.900 fr., ce qui n'a rien d'exagéré, vu les dispositions spéciales que nécessite une installation d'enfants (classes, service d'isolement, etc.)

Le Conseil de surveillance, dans sa séance du 20 novembre courant, a émis un avis favorable à l'exécution du projet tel qu'il est présenté. En même temps il a exprimé le vœu que le Conseil Général, dont la sollicitude pour les intérêts hospitaliers ne nous a jamais fait défaut, voulût bien mettre à la charge du département une partie de la dépense, et voter, à cet effet, une subvention spéciale de 250.000 fr.

Quant au surplus de la dépense, il y serait pourvu au moyen d'un prélèvement sur le reliquat des subventions municipales antérieures à 1879 et transporté à cet exercice. Les devis et les plans que je soumets à Monsieur le Préfet, ont été examinés et approuvés par le Comité d'architecture de l'Assistance publique, réuni sous ma présidence.

J'ai l'honneur de prier Monsieur le Préfet de vouloir bien examiner mes propositions et en saisir le Conseil municipal dans l'une de ses premières séances.

Paris, le 27 novembre 1879.

Le Directeur de l'Administration Générale
de l'Assistance publique,

Signé : MICHEL MORING.

Ce projet fut introduit le 13 avril 1880 au Conseil municipal et renvoyé à la Commission de l'Assistance publique qui nous chargea du rapport. Depuis le jour où notre ami Thulié nous l'avait communiqué, nous avions pris soin, en étudiant nos malades, de noter très exactement les besoins du service, et lorsque nous eûmes en main le projet de l'administration, nous avons pensé qu'une lourde responsabilité pèserait sur nous, si, étant médecin de la section des enfants, c'est-à-dire en mesure de connaître mieux que qui que ce soit leurs besoins, nous engagions le Conseil municipal à voter un projet qui ne leur donnerait pas la satisfaction la plus complète.

Bien vite, nous reconnûmes au projet administratif de nombreux défauts : insuffisance de la salle de bains ; absence d'une salle d'hydrothérapie ; absence d'une salle de bains de pieds; insuffisance des locaux affectés au dépôt du linge, des effets d'habillement, etc.; absence d'*ateliers;* aucune organisation pour le *traitement du gâtisme* ; insuffisance de chambres d'isolement destinées aux enfants atteints de maladies contagieuses ; absence de *cellules* pour les enfants agités, etc.

L'auteur du programme ne s'était pas mis en frais d'imagination ; il copiait, en quelque sorte, les grands bâtiments des sections d'aliénés, avec un rez-de-chaussée et trois étages. En constatant chaque jour les difficultés du service dans la vieille section commune aux enfants et aux épileptiques adultes, en voyant qu'on laissait séjourner les enfants infirmes dans les dortoirs de l'infirmerie, précisément en raison du surcroit de travail qu'entraînait la descente des escaliers; en observant les difficultés qu'éprouvent les enfants paralysés ou faibles à monter et descendre les escaliers et les accidents graves auxquels ces montées et ces descentes exposent les épileptiques, nous avons conclu qu'un bâtiment de trois étages était radicalement mauvais pour des enfants idiots, épileptiques, hémiplégiques, infirmes.

Le projet de l'administration écarté, nous avions l'obligation morale d'en présenter un autre. C'était là une tâche lourde qui engageait fortement notre responsabilité. On verra plus loin (p. XLVII), comment nous y sommes parvenus; on verra aussi avec quel respect des prérogatives de l'Ad-

ministration nous avons procédé (p. XLV). On verra enfin que le Conseil de surveillance et le Conseil municipal, après avoir examiné le plan d'ensemble, ont voté la construction immédiate des *ateliers*.

Pendant que s'élevaient les ateliers, nous poursuivions énergiquement auprès de l'Administration la préparation des plans et devis de la section. Pour vaincre les lenteurs et malheureusement les résistances du Chef-lieu, nous avons fait appel au préfet de la Seine et au secrétaire général de la Préfecture qui, à cette époque, étaient M. Oustry et M. Vergniaud. Tous deux connaissant les embarras que causait au service des aliénés l'encombrement du Bureau d'admission de l'Asile clinique, intervinrent à maintes reprises pour inviter l'Administration de l'Assistance publique à presser cette affaire.

Enfin, l'Administration se décida à soumettre notre projet à son Conseil de surveillance; celui-ci en confia l'examen à une commission spéciale. M. Emile Ferry, président dudit Conseil, se chargea du rapport. Ce document a sa place marquée ici; il montre d'une façon précise les sentiments d'hostilité de l'Administration contre le nouveau projet, et les efforts tentés pour le faire échouer.

Rapport de la Commission chargée de l'examen du projet de travaux relatif à la création d'un nouveau service pour les enfants idiots et épileptiques à l'hospice de Bicêtre, fait au Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique, par M. FERRY (1).

Messieurs,

Avant d'examiner au fond le projet qui est soumis à votre appréciation, votre Commission, composée de MM. Nicaise, Voisin, Goupy, Nast et Ferry, a pensé qu'il serait utile de vous présenter quelques considérations générales sur l'hospitalisation des enfants idiots et épileptiques.

Les jeunes idiots ou épileptiques sont, vous le savez, Messieurs, des malheureux enfants qui, à de *rares* exceptions près, doivent être considérés comme des *non-valeurs sociales absolues*; leur retour à l'état normal est peu supposable. L'intelli-

(1) Au nom d'une commission composée de MM. Ferry, Goupy, Nast, Nicaise, F. Voisin.

gence et même la force physique leur font presque toujours défaut. Pour quelques-uns, l'intelligence a encore une certaine valeur quand ils entrent à l'hospice, mais elle va toujours en s'amoindrissant, sous l'étreinte des crises incessantes qui les accablent, jusqu'au jour où ils sont emportés par une crise violente qu'ils n'ont plus la force de supporter.

Le problème à résoudre qui se pose à la science et à l'administration de l'Assistance publique, se résume donc en ceci : prolonger le plus possible l'existence, fatalement courte, de ces malheureux deshérités de la nature, adoucir leurs souffrances et espérer leur guérison, qui n'arrive presque jamais.

Cette situation est notamment vraie pour les idiots qui ne sortent de l'hospice des enfants que pour entrer dans les services d'aliénés, d'où ils ne sortent jamais. Nous sommes donc en présence d'une *pure question d'hospitalisation* (1).

En 1879, l'Administration a introduit devant le Conseil de surveillance le projet d'édification, à Bicêtre, d'un service spécial aux jeunes garçons idiots et épileptiques. Il aurait contenu 180 lits (2). Vous avez donné un avis favorable à cette création dont l'importance et la forme ont été profondément modifiées par le Conseil municipal (3).

Aujourd'hui, la proposition vous revient notablement agrandie, car il ne s'agit plus d'un simple service de 180 lits, mais bien de la création d'un véritable hôpital spécial, contenant 476 lits, coûtant 2,800,000 francs, sans le mobilier qui ne peut être évalué à moins de 700,000 francs, soit au total 3,500,000 francs, en chiffre rond (4).

Votre Commission a constaté le *mauvais agencement* du service actuel des idiots et épileptiques. Les dortoirs sont *insuffisants*; les lits y sont les uns sur les autres; les escaliers sont d'un accès assez difficile.

L'*infirmerie* est, elle aussi, très étroite et basse de plafond; elle contient un trop grand nombre de lits pour la nature de ceux qui les occupent; presque tous ces enfants sont gâteux; un grand nombre d'entre eux sont des idiots qu'il est impos-

(1) Presque autant d'erreurs que d'assertions.

(2) Non, mais 160; les lits d'infirmerie ne doivent pas être compris (Voir p. XXII).

(3) C'est là une erreur complète. Le Conseil s'est borné à renvoyer le dossier de ce projet à l'Assistance publique pour y substituer le nouveau projet étudié, d'après notre programme, par MM. Imard, inspecteur général; Gallois, architecte; Ventujol, directeur et nous, en qualité de médecin de la section (Voir p. XLV).

(4) 700.000 francs de mobilier! M. Ferry a au moins quadruplé cette dépense pour grossir le total. Pour 200 lits, la dépense s'élève à 75.000 fr.

sible de changer de place, tant ils sont impotents. On y respire un air empesté.

Le *lavoir* (1) *de propreté* qui se trouve placé dans un *mauvais hangar* est, lui aussi, *insuffisant* comme espace. Enfin, le service est trop *disjoint* et nécessite des allées et venues continuelles. Le réfectoire est *insuffisant*. La *classe d'études* est assez convenable. Le *gymnase* est aussi bien que possible.

Nous ne parlons de l'*atelier* que pour mémoire, puisqu'un bâtiment spécial s'édifie, en ce moment, pour remplacer le *trou* qui porte ce nom et dans lequel 6 ou 8 enfants travaillent sous la direction d'un contre-maître qui paraît intelligent.

Pour finir cette énumération, nous avons constaté, *avec la plus grande satisfaction, que le personnel des surveillantes, sous-surveillantes et infirmières laïques accomplit avec zèle et dévouement la mission dont il est chargé*. Il est vraiment touchant de voir toutes ces femmes, jeunes et d'une parfaite tenue, prodiguer leurs soins à tous ces enfants gâteux, idiots ou épileptiques. Aucune d'elles ne semble découragée par le travail souvent répugnant qu'elles accomplissent. Leurs visages avenants font un singulier contraste avec ceux des abrutis qui les entourent. Votre Commission verrait avec plaisir que M. le Directeur voulût bien leur adresser les éloges et les encouragements qu'elles méritent à tant d'égards, en y associant le Conseil de surveillance.

La proposition qui vous est soumise est opportune en soi; reste à examiner la question de savoir si le gros sacrifice de 3,500,000 francs, nécessaire pour assurer l'exécution du projet d'édification de bâtiments destinés à l'hospitalisation des enfants idiots et épileptiques, doit obtenir d'*urgence* (2), la préférence sur tous les travaux qui s'imposent à l'Assistance publique, dans ses nombreux établissements.

Les *hôpitaux d'enfants malades* sont absolument insuffisants, vous le savez; nous pouvons à peine y donner place aux enfants atteints de maladies aiguës, qui y sont portés

---

(1) Il s'agit là du service de propreté destiné à traiter le gâtisme en plaçant les enfants sur les sièges d'aisance à des intervalles réguliers, et aussi à leur apprendre à se laver les mains et le visage.

(2) Cette urgence avait été reconnue par le Conseil de surveillance puisqu'il avait voté le premier projet; elle l'était aussi par l'Administration qui déclarait « *qu'il y avait là une situation qui ne saurait être tolérée plus longtemps* (p. XX), *que le service actuel devait être irrévocablement condamné* et qu'il convenait « SANS PLUS TARDER » d'y remédier (p. XXI). Ce qui n'empêche pas que, quatre ans plus tard, et la situation ayant empiré, M. E. Ferry conteste l'urgence des travaux!

chaque jour. En ce qui concerne les coxalgies et les scrofules, l'inscription est tellement considérable que certains malades attendent leur tour d'admission pendant des mois entiers.

Il résulte de cet état de choses que certains enfants qui auraient été parfaitement guérissables, s'ils avaient pu être traités dès l'origine, ne sont admis que lorsque leur état s'est tellement aggravé qu'il devient presque impossible de les rendre à la santé. Et pourtant, si le nombre de lits était plus considérable, ces malheureux enfants auraient pu être remis sur pieds et par conséquent rendus à la société dans un état à peu près normal.

Pourrait-il en être de même pour les idiots et épileptiques? Assurément non; l'augmentation du nombre de lits ne nous rendra pas *un citoyen français utilisable*, à prendre parmi eux.

Dans sa communication du 9 mars 1881, M. le Directeur de l'Assistance publique vous a donné l'énumération des travaux urgents à exécuter dans les divers établissements hospitaliers. Il estime qu'une somme de 18,741,000 francs est nécessaire pour les mener à bonne fin.

Une subvention de 6,000,000 de francs a été votée en 1881 pour commencer la série de ces travaux. L'emploi de cette somme est actuellement bien déterminé; la plupart des travaux sont en cours d'exécution.

Le Conseil municipal n'a pas encore statué sur cinq affaires qui concernent les établissements de Necker, de Laënnec, de la Maternité, de Bicêtre et de Sainte-Périne.

Ces cinq affaires nécessiteront l'emploi de. .	1,251,600 fr.
	4,680,959 fr. 27
représentent les opérations autorisées et en cours, d'où il résulte que.	67,440 fr. 73
ne sont pas encore employés. Il peuvent être considérés comme devant parer à l'imprévu sur l'ensemble.	
Total.	6,000,000

Une nouvelle subvention municipale de 3,000,000 figure au budget de 1883. Ce budget a été envoyé approuvé à l'administration de l'Assistance publique vers les premiers jours de ce mois d'avril où nous sommes. En défalquant le montant de ces deux subventions qui sont ensemble de 9,000,000 fr., il manquerait encore 9,711,000 fr. pour continuer et finir les travaux qui font l'objet de la note de 1881.

Depuis cette époque, sur la demande du Conseil municipal,

M. le Directeur a fourni, au mois d'août 1882, un nouvel aperçu des grands travaux à exécuter dans les établissements hospitaliers, pour la création de nouveaux services et la remise en état des services existants. L'accomplissement de ce programme nécessiterait l'emploi de 26,000,000 de francs, somme qui viendrait se confondre avec celle de la première note de 1881.

Les 3,500,000 francs qu'il est nécessaire de se procurer pour la création de l'hospitalisation des enfants idiots et épileptiques, dont nous nous occupons, ne figurent pas dans cette longue énumération de M. le Directeur, et cependant l'hospice de Bicêtre, à lui seul, y représente l'emploi de 1,550,000 fr. et 80,000 fr. seulement ont été prélevés sur la subvention de 6,000,000.

Si vous voulez bien admettre que les filles idiotes et épileptiques de la Salpêtrière sont aussi intéressantes que les garçons atteints des mêmes maux, étant donné l'état de ce service à la Salpêtrière, il n'y a aucune raison pour qu'une semblable création ne soit faite à leur profit. La dépense à Bicêtre étant de 3,500,000 fr. si vous attribuez pareille somme à la Salpêtrière, pour le même objet, il faudra trouver 7,000,000 de francs en dehors des besoins de l'Assistance publique.

Avec une pareille somme on pourrait créer un hospice complet, pour filles et garçons, à la campagne et rendre ainsi aux deux établissements dont nous venons de parler, des locaux qui seraient parfaitement utilisables. Nous soumettons cette idée aux méditations de MM. les Membres du Conseil Municipal, avec la pensée que cette transplantation des jeunes idiots et épileptiques à la campagne ne pourrait qu'être très profitable à ces malheureux enfants.

Sous le bénéfice de ces observations, votre Commission pense que l'avis favorable au projet qui vous est soumis doit être subordonné à cette réserve : que la construction des bâtiments de Bicêtre, affectés à l'hospitalisation des idiots et épileptiques, doit être considérée comme une création spéciale, et ne préjudicier en rien à l'importance des allocations qui sont demandées au Conseil Municipal par l'Assistance publique, pour l'exécution des grands travaux dans les divers établissements hospitaliers.

Quant au projet en lui-même, il est parfaitement étudié, eu égard à la déclivité du terrain sur deux sens. Le jardin ou marais, dans lequel bon nombre d'aliénés sont occupés journellement, sera diminué d'importance par l'emprise nécessaire à la construction des bâtiments à édifier. On peut se demander si cette diminution de périmètre n'amoindrira pas

outre mesure la possibilité de fournir du travail aux aliénés tranquilles (1).

Ainsi que l'indique M. le Directeur dans son mémoire, on commencerait par une première série de travaux s'élevant à 1,380,000 fr.. auxquels il est bon d'ajouter environ 250,000 fr. pour installation des appareils balnéaires et du service de propreté (2) ainsi que du mobilier, soit 1,630,000 fr. environ. Mais il y a une difficulté suscitée par le génie militaire, à propos de l'interprétation à donner à l'article 2 du décret du 28 novembre 1882, ainsi conçu :

Le génie militaire entend, par 0m,50 *au-dessus du sol*, la hauteur prise sur le sol actuel ; d'où il résulte que, le terrain ayant une déclivité d'environ 2 mètres de sud au nord, il faudrait, pour se conformer à la lettre du décret, construire des bâtiments en pente, *ce qui est inacceptable* (3).

Il est donc nécessaire d'obtenir un nouveau décret autorisant certains remblais qui puissent permettre des constructions *parfaitement horizontales*. M. Gallois, architecte, pense que ce décret sera facilement obtenu. En ce qui concerne la déclivité de l'Est à l'Ouest, elle est à peu près de 15 mètres. On obviera à cette déclivité par l'établissement d'escaliers ou de plans inclinés. En attendant l'obtention de ce nouveau décret, sans lequel toute l'économie du projet d'ensemble serait détruite, on commencerait par édifier en dehors de la zone militaire :

1° Le bâtiment des gâteux.	289,621 fr.	74 c.
2° Le bâtiment d'infirmerie.	200,997	24
3° La galerie de jonction.	10,943	97
4° Travaux extérieurs	66,668	60
5° Service de l'entrée.	9,769	80
Soit au total.	577,971 fr.	35 c.

Etant bien entendu que l'ensemble de ces travaux deviendrait une charge spéciale (4), ne préjudiciant en rien à l'importance

(1) M. E. Ferry n'a pas trouvé là un bon argument (Voir p. 00).

(2) Il n'a jamais été question de ce crédit.

(3) « Les constructions à élever dans l'étendue du polygone exceptionnel, ne pourront avoir qu'un rez-de-chaussée ; elles seront toutes faites en matériaux légers, tels que pans de bois ou de fer et briques, reposant sur un socle en maçonnerie qui ne dépassera pas 0m 50 d'épaisseur et 0m 50 *de hauteur au-dessus du sol.* »

(4) Une visite à la section montrera que M. E. Ferry n'a été guidé dans la rédaction de son réquisitoire que par la passion. Ce qui le montre bien, c'est le refus de reporter à l'exécution du nouveau projet, les 717.000 francs, qu'on avait affectés au projet primitif.

des allocations demandées par l'Assistance publique au Conseil municipal, pour l'exécution des grands travaux indispensables dans les établissements hospitaliers, notamment en ce qui concerne les travaux des hôpitaux d'enfants que nous ne cessons de réclamer, nous vous proposons l'adoption du projet.

Si vous donnez votre approbation à cette conclusion, votre Commission croit devoir insister pour que les travaux soient poussés avec la plus grande vigueur. Elle constate qu'en général les travaux entrepris dans les établissements s'accomplissent avec une lenteur désespérante, à laquelle il faut ajouter la longue attente qui résulte de l'accomplissement des formalités administratives préliminaires.

L'affaire qui nous occupe est introduite depuis près de cinq ans. Jusqu'à présent le papier seul y a joué un rôle. Il est donc indispensable d'en finir dans un sens ou dans l'autre.

Le dossier fut envoyé à la Préfecture de la Seine quelques jours après l'approbation de l'étrange rapport de M. E. Ferry par le Conseil de surveillance. Le préfet, qui était alors M. Oustry, était fort embarrassé pour introduire l'affaire au Conseil municipal, parce que l'Administration de l'Assistance publique et le Conseil de surveillance avaient eu le soin de ne pas indiquer sur quel crédit il était possible de prélever la dépense nécessaire pour l'exécution de la première partie des travaux. On espérait ainsi que le projet serait enterré.

A force de persistance, nous sommes parvenus à démontrer à M. le Préfet que, s'il introduisait le projet au Conseil, il serait facile de trouver les ressources : 1° en prélevant une partie sur la subvention extraordinaire de trois millions que le Conseil avait donnée au mois de décembre à l'Assistance publique, et dont, avec ses lenteurs habituelles, elle n'avait pas encore trouvé le moindre emploi, bien que six mois fussent déjà écoulés et que le nombre des vœux du Conseil signalant les travaux urgents fut considérable ; 2° en obtenant du Conseil, sur les sommes disponibles à la ville, le complément indispensable. M. Oustry nous autorisa à nous mettre en rapport avec le directeur des finances, M. Bertrand, et grâce à l'obligeance de celui-ci, il fut convenu que l'on proposerait au Conseil municipal de prélever 960.281 fr. sur la subvention extraordinaire de 3 millions ; et d'accorder le surplus, soit

600.000 fr. à titre de subvention municipale extraordinaire à l'Assistance publique (1).

M. le Préfet accepta ces propositions et, nous laissant le soin d'indiquer les voies et moyens, le 10 juin 1883, il introduisit l'affaire au Conseil municipal et la 8e Commission nous en confia le rapport.

Rapport sur la création d'un quartier spécial pour les enfants idiots et épileptiques à l'hospice de Bicêtre ; par BOURNEVILLE (2).

MESSIEURS,

Le projet de travaux, dont nous vous entretenons aujourd'hui, va réaliser, l'une des réformes réclamées par vous et par le Conseil général de la Seine, depuis bien des années et avec une persistance infatigable : c'est en démontrer l'urgence. En raison de l'importance de cette affaire, des incidents auxquels elle a donné lieu, de la forme un peu étrange sous laquelle elle vous est soumise par l'Administration de l'Assistance publique et par M. le Préfet, nous vous demandons la permission d'entrer dans quelques développements.

I. Il n'est aucun des membres de cette assemblée qui n'ait été souvent sollicité pour faciliter le placement, dans un asile hospitalier, d'enfants idiots, imbéciles, pervers, paralytiques, etc., et qui n'ait regretté son impuissance, ne se soit préoccupé des moyens de remédier à une situation digne de pitié. C'est ainsi que l'un de nos collègues, M. Jobbé-Duval, a été conduit à déposer, le 9 mai 1876 (3), un vœu demandant la *création d'un hospice pour les enfants incurables pauvres*. Et dans les considérants qui précèdent sa proposition, il s'appuie entre autres sur ce fait « que les enfants incurables, irresponsables de la vie répugnante qui leur est imposée par leurs parents, sont par cela même d'autant plus dignes de l'intérêt du corps social. » Dix conseillers avaient joint leur signature à celle de

(1) La part que nous avons eue dans le don à l'Assistance publique d'une subvention de 6 millions en 1880, et de 3 millions en décembre 1882, et enfin dans le don de cette nouvelle subvention aurait dû nous valoir un concours empressé de l'Administration dans cette affaire. C'est tout le contraire qui est arrivé.

(2) Présenté au nom de la 8e Commission. La 8e Commission (*Assistance publique. — Mont-de-Piété*) est composée de MM. Robinet, *Président* ; Fiaux, *Secrétaire* ; Bourneville, Cattiaux, Joffrin, le Dr Level, Loiseau.

(3) *Procès-verbaux*, p. 346.

M. Jobbé-Duval. Le 20 décembre de la même année, sur le rapport de notre regretté collègue Asseline, le Conseil adoptait ce vœu (1).

Mais, ni M. Jobbé-Duval dans sa proposition, ni M. Asseline dans son rapport, ne précisaient ce qu'ils entendaient par *enfants incurables*; tout ce qu'on peut supposer, d'après certaines expressions qu'ils ont employées, c'est qu'ils visaient surtout les enfants idiots. Il est probable, toutefois, que M. Jobbé-Duval avait aussi en vue les paralytiques, les aveugles, car il avait visité l'*Asile des Enfants-Infirmes*, situé dans le quartier qu'il représente. Nous vous avons fait connaître sommairement dans un rapport récent (2), le fonctionnement de cet asile, énuméré les diverses infirmités qu'il assiste et, adoptant les conclusions de votre huitième Commission, tout en reconnaissant les services rendus par cet établissement, vous avez pensé qu'il n'y avait pas lieu de l'imiter, mais que, conformément à vos votes antérieurs, il fallait créer une organisation spéciale pour chacune des principales catégories d'enfants, dits *incurables*.

Aucun projet n'avait encore été introduit au Conseil municipal, bien que le vœu eût été renouvelé à la fin de l'année 1877, lorsque, en février 1878, la 3e Commission du Conseil général eut l'occasion de constater combien était misérable la situation des parties de section consacrées aux enfants idiots, épileptiques, paralytiques, etc., dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière ! Nos collègues insistèrent vivement pour que cette situation fût expressément signalée dans le *Rapport sur le service des Aliénés*. Voici en quels termes nous nous sommes acquitté de cette mission :

Des services consacrés aux enfants idiots et épileptiques. — La création de la Colonie de Vaucluse a réalisé un progrès sur ce qui existait auparavant. Nous avons entretenu assez longuement le Conseil de cette institution pour ne pas entrer actuellement dans de nouveaux développements (3).

A la Salpêtrière, l'Administration de l'Assistance publique est en train de procéder à de nouveaux aménagements. Les enfants vont être transportés de leur ancienne section dans une partie de la section des adultes, devenue vacante par le passage des épileptiques et hystériques réputées non aliénées, à la charge de l'Assistance publique, dans la section de M. Trélat, délaissée par ordre de l'Inspection générale. Nous estimons qu'il y aurait lieu de con-

---

(1) *Procès-verbaux*, p. 1325.

(2) *Rapport sur l'asile des jeunes garçons infirmes et pauvres de la rue Lecourbe*, 1883, n° 45.

(3) Même rapport, p. 12.

server le vieux quartier des enfants, en n'y plaçant que les *dégradés*, les *gâteux*, etc., en un mot tous ceux, au nombre d'une vingtaine, qui ne vont pas à l'école. Il serait possible d'augmenter le nombre des lits dans une certaine proportion. En 1877, 95 enfants étaient logés dans les bâtiments de ce quartier ; en conservant 40 lits, ce qui rendrait possible de porter la population totale à 120 ou 130 enfants, tout en rendant l'hygiène générale meilleure qu'elle ne l'est aujourd'hui, on ferait une œuvre d'une utilité incontestable.

Un mot sur l'organisation de la section des enfants. On y trouve :

1 institutrice à	380	»
1 sous-surveillante à	332	»
3 infirmières à 252 francs chacune par an.	756	»
2 infirmières à 216 francs chacune par an.	432	»
6 infirmières à 180 francs chacune par an.	1,080	»
2 infirmières-veilleuses à 252 francs par an.	504	»
1 professeur de gymnastique qui vient trois fois par semaine, pendant une heure chaque fois (1)	»	»
1 maître de chant qui vient deux fois par semaine . .	300	»
TOTAL.	3,784	»

L'école est fréquentée par 75 enfants, dont 11 appartiennent à la section des épileptiques *dites non aliénées*. Et pour ces 75 déshéritées, exigeant des soins exceptionnels, il y a, pour l'enseignegnement une institutrice (380 francs), et une infirmière (252 francs) !

Tandis que, à la Salpêtrière, les enfants sont dans un quartier distinct de celui des adultes, à Bicêtre, ils sont confondus. L'école et le réfectoire des enfants, leurs lavabos sont placés au rez-de-chaussée, à côté des bains qui, dans cette section, sont convenables. Les dortoirs des enfants qui vont à l'école sont propres, mais insuffisants, et, lors de la visite de votre Commission, il y avait une vingtaine de lits supplémentaires. Quant aux dortoirs qui servent pour l'infirmerie et pour les dégradés, ils sont dans une situation absolument indescriptible.

Une réforme radicale est d'une extrême urgence : c'est par là qu'il faudrait commencer. Votre Commission pense qu'il faudrait édifier une section pour les enfants sur le terrain libre, contigu aux gymnases couvert et à plein champ. L'espace est tel qu'il serait possible d'y mettre des dortoirs, des réfectoires, des salles de réunion et une école *pour* 200 *enfants*. La nouvelle construction donnerait, d'une part, sur le gymnase découvert, qui

(1) Le traitement du professeur de gymnastique, M. Lainé, est de 6,000 fr. pour son enseignement à Bicêtre, la Salpêtrière, l'hôpital des Enfants-Malades, l'hôpital Sainte-Eugénie et l'hospice des Enfants- Assistés. A la Salpêtrière il se fait remplacer par une maîtresse de gymnastique, Mlle Fieffe, et à Bicêtre par un maître, M. Goy.

est très vaste ; d'autre part, elle dominerait la vallée de la Bièvre et laisserait voir toute la rive gauche de Paris.

Grâce à cette réforme, les salles occupées actuellement par les enfants dans la section commune deviendraient vacantes, et, tout en augmentant, s'il en est besoin, les lits d'adultes, on parviendrait à avoir une section qui serait assurément loin d'être parfaite, mais serait, en somme, dans des conditions satisfaisantes. On profiterait de ces changements pour supprimer le dortoir situé sous les combles et pour pourvoir le service de *cellules*, qui manquent complètement et sont instamment réclamées depuis longtemps par M. J. Falret.

Si ces propositions, que l'humanité nous dicte, étaient acceptées il y aurait lieu de voir s'il ne conviendrait pas de confier la section des adultes et celle des enfants à deux médecins. — La même remarque s'applique à la Salpêtrière.

60 enfants seulement — sur 130, — fréquentent l'école. La proportion devrait être beaucoup plus considérable si le personnel était plus nombreux. Voici la composition de celui-ci :

1 instituteur à.	2,400	»
1 professeur de gymnastique (V. note de la p. XXXVI).		»
1 professeur de musique.	1,200	»
2 garçons de classe à 180 francs l'un.	360	»
3 moniteurs à 12 fr. 50 c. par mois et un maître d'escrime à 7 fr. 50 c. pris parmi les *administrés* de l'hospice ayant des connaissances spéciales.	540	»

De plus, 10 infirmiers et infirmières sont attachés au service des enfants dégradés, aux dortoirs et aux bains des valides. — Un surveillant, une sous-surveillante et un sous-surveillant sont communs au service des épileptiques adultes et enfants.

En définitive, nous avons : à *Bicêtre*, pour 130 enfants, un personnel de 18 employés, sous-employés et serviteurs ; à la *Salpêtrière*, pour 95 enfants, un personnel de 15 employées, etc. ; — à *Vaucluse*, pour 60 enfants, un personnel de 20 employés, etc. (1). Notre colonie est très favorisée, par comparaison avec les écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière ; son personnel est fixé en prévision d'un nombre double d'enfants ; bien appliqué à leur service, il doit nous assurer de sérieux résultats.

Il est à regretter que le personnel de nos autres écoles soit aussi insuffisant. A l'étranger, on n'hésite pas à pourvoir les Asiles consacrés aux idiots de tout le personnel nécessaire ; c'est, en particulier, ce que nous avons pu vérifier par nous-même, dans les

---

(1) En voici l'énumération : 1 instituteur en chef ; — 1 instituteur adjoint (emploi vacant) ; — 1 interne en médecine ; — 1 professeur de chant ; — 1 professeur de gymnastique ; — 1 chef de culture ; — 1 sous-surveillant ; — 1 sous-surveillante ; — 1 sous-surveillant des ateliers (emploi vacant) ; — 1 concierge ; — 1 charretier laboureur ; — 6 infirmiers ; — 4 serviteurs dont 2 sont attachés à l'école comme garçons de classe.

visites que nous avons faites à deux Asiles anglais : Earlswood et Clapton. Nous ne dirons rien du premier, entretenu luxueusement par des souscriptions, afin de nous étendre davantage sur le second fondé par une taxe générale et dans lequel l'entretien des enfants est à la charge de la paroisse à laquelle ils appartiennent.

260 enfants sur 340 (filles et garçons) fréquentent la classe ou les ateliers. Le personnel se compose de 50 personnes dont 45 femmes. Le médecin en chef a 10,000 francs ; il est logé. L'institutrice ou mieux la surintendante de l'école a 2,000 francs (logée, chauffée, nourrie, etc.) ; — 2 institutrices ont chacune 875 francs. Il y a, en outre, une élève institutrice et 4 infirmières occupées sans cesse à la classe ; enfin 3 chefs d'ateliers (cordonnerie, menuiserie, couture). Les infirmières ont, à l'entrée, 375 fr. par an ; elles arrivent à 625 francs par augmentation annuelle de 25 francs. Le traitement des trois infirmières en chef s'élève progressivement de 625 à 875 francs. — Les infirmières qui aident à l'école ont 2 livres de plus que les autres ; au bout de 10 ans, elles ont 725 francs. En plus de leur traitement, les infirmières reçoivent une gratification de 2 livres par an.

Ce rapide aperçu montre la différence qui existe entre nos écoles d'idiots de Bicêtre et de la Salpêtrière et celle de Clapton. C'est en France, pourtant, qu'a été sérieusement installé pour la première fois l'enseignement des idiots ; c'est l'enseignement de Bicêtre et de la Salpêtrière qui a été imité en Angleterre... et largement perfectionné. Aujourd'hui, nous devons faire des emprunts à nos voisins.

Nous avons choisi Clapton Asylum pour terme de comparaison ; nous aurions pu prendre, parmi les 12 Asiles consacrés aux idiots qui existent dans la Grande-Bretagne, l'asile d'Earlswood, installation splendide dont ne peuvent se faire une idée ceux qui ne la connaissent pas (1) : il nous a semblé préférable de nous servir du premier, destiné aux enfants pauvres des paroisses de Londres, et par suite comparable à nos écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Votre Commission vous propose d'inviter l'Administration à prendre en sérieuse considération les améliorations et les créations que nous venons d'énumérer et à voter une subvention de 2,000 fr. pour Bicêtre et de 2,000 francs pour la Salpêtrière afin d'améliorer la situation du personnel attaché aux enfants idiots et épileptiques et afin d'augmenter ce personnel (2).

---

(1) Nous avons visité cet établissement en mai 1877 avec nos collègues, MM. François Combes, Loiseau et Sigismond Lacroix.

(2) Ces améliorations devront contribuer à mettre fin à la situation regrettable dans laquelle sont aujourd'hui les idiots qui ont plus de 15 ans : on les fait passer dans les sections d'adultes et peu à peu ils perdent ce qu'on avait eu tant de peine à leur apprendre. On compte, à la Salpêtrière, une douzaine de jeunes filles de 15 à 20 ans qui sont dans ce cas. — (*Rapport sur le Service des Aliénés* (Budget de 1878), fait à la séance du 16 février 1878, p. 25-28.)

Dix mois plus tard, dans une seconde visite, la 3e Commission trouvait les choses dans le même état à Bicêtre et constatait quelques améliorations à la Salpêtrière, ainsi que le montre l'extrait suivant du rapport que nous avons fait le 26 novembre 1878.

1° *Bicêtre.* — Il reste encore beaucoup à faire, mais, parmi les travaux d'une urgence extrême, nous mentionnerons la *Construction d'un quartier spécial pour les enfants idiots et épileptiques.* A ce sujet, nous devons entrer dans quelques développements.

La classe et le dortoir des enfants qui vont à l'école sont en assez bon état, mais beaucoup trop petits pour le nombre des enfants qui y sont accumulés en violation de toutes les règles de l'hygiène. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit dans notre Rapport sur le Budget des aliénés pour 1878 (p. 26), l'infirmerie et le dortoir des enfants les plus dégradés sont dans une situation absolument indescriptible. Eh bien, nous avons vu, cette année, une partie de cette section qui, en raison de sa position écartée, nous avait échappé l'an dernier et qui exige impérieusement que nous agissions sans retard : c'est une salle servant de refuge, pendant le jour, aux enfants idiots gâteux et, de plus, de *parloir d'enfants* les jours de visite. C'est dans ce local qui mesure 6 m. 60 c. de longueur, 5 m. 50 c. de largeur et 3 mètres de hauteur, soit 109 mètres cubes, et *qui est situé sur un ancien puits abandonné dont l'orifice est couvert d'un plancher*, que se réunissent chaque jour CINQUANTE ENFANTS, et c'est là que les parents de tous les enfants viennent les voir (1) ! Tous les membres de votre 3e Commission, présents à la visite, ont été péniblement impressionnés par ce triste spectacle, et nous ont chargé de vous signaler énergiquement une situation aussi barbare.

Voilà pour les enfants. Ce n'est pas tout. Leurs salles et l'école sont comprises, ce qui est mauvais, dans le même bâtiment que les dortoirs, les réfectoires, etc., des adultes. Ceux-ci ne sont pas mieux partagés ; et l'un de leurs dortoirs devrait être supprimé. Ajoutons enfin que, malgré l'entassement des malades épileptiques, il en est un certain nombre qui sont disséminés dans les deux autres sections (2).

Pour remédier à un état de choses aussi affligeant, votre Commission pense, comme l'an dernier, qu'il faudrait édifier une section pour les enfants, sur le terrain libre, contigu aux gymnases couvert et à plein champ. L'espace est tel qu'il serait possible d'y mettre *des dortoirs, des réfectoires, des salles de réunion et une école pour* DEUX CENTS *enfants.* La nouvelle section donnerait, d'une part, sur le gymnase découvert qui est très vaste ; d'autre

---

(1) En un mot, c'est le *parloir* des familles des 125 enfants de la section.

(2) Il y a 44 épileptiques dans la première section et 37 dans la deuxième.

part, elle dominerait la vallée de la Bièvre et laisserait voir toute la rive gauche de Paris.

Grâce à cette réforme, les salles occupées actuellement par les enfants, dans la section commune, deviendraient vacantes, et on arriverait à ce résultat avantageux que, tout en diminuant le nombre des lits dans les dortoirs actuels des adultes, il resterait des lits où l'on pourrait transporter les quatre-vingt-un épileptiques qui se trouvent dans la 1re et dans la 2e section, lesquelles auraient des lits rendus à l'usage des aliénés.

2° *La Salpêtrière*. — La section des enfants était située, il y a encore quelques semaines, tout à fait à l'extrémité sud-est de l'établissement, dans un terrain en contre-bas compris entre le chemin de fer d'Orléans et la rue. Elle était formée de deux bâtiments : l'un adossé au terrain surélevé, dit de Bellièvre, ne possédant qu'un rez-de-chaussée, comprenait l'infirmerie, le refuge des gâteuses, le réfectoire et l'école. Votre Commission estime qu'il est inutilisable et invite l'Administration de l'Assistance publique à le démolir; 2° l'autre bâtiment se compose d'un rez-de-chaussée qui doit être abandonné et de dortoirs placés au premier étage et au sujet desquels nous allons vous faire dans quelques instants une proposition. Cette section avait l'avantage d'être à côté du gymnase découvert et du gymnase fermé.

Le transport dans la 4e section, abandonnée à tort sur l'avis des Inspecteurs généraux, des *Épileptiques adultes, dites non aliénées*, et admises, non plus comme les aliénées aux frais du Département, mais au compte de l'Assistance publique, a laissé libre dans la 2e section trois dortoirs et leurs dépendances formant un tout, isolé de la portion de la section réservée aux adultes. C'est là que sont les enfants depuis le mois d'octobre. L'école est distincte des dortoirs; elle est divisée en trois parties : la 1re pour la petite classe; la 2e pour les enfants plus avancés; la 3e pour l'ouvroir.

Pour compléter ce service, il conviendrait : 1° de construire un préau couvert en prolongement de l'ouvroir; 2° d'installer des lavabos dans les rotondes des dortoirs (1), et en particulier un lavabo et des chaises percées spéciales pour les enfants dégradés; 3° de construire en face du bâtiment principal un bâtiment parallèle pouvant recevoir une cinquantaine d'enfants. Les deux premières propositions se justifient d'elles-mêmes. Quant à la dernière, elle exige quelques explications. Tous les lits sont actuellement occupés. Ils s'ensuit que des enfants, qui devraient profiter des avantages offerts par l'école et le gymnase de la Salpêtrière, séjournent à l'asile de Sainte-Anne, confondues au milieu des aliénées adultes; de là, un premier motif en faveur d'un plus grand nombre de lits d'enfants.

D'un autre côté, conformément au vœu exprimé par vous, l'Administration demande votre autorisation pour admettre à la Salpêtrière, moyennant pension, des jeunes idiotes étrangères au

(1) Ces améliorations ont été réalisées à la suite d'un rapport fait par nous au Conseil municipal.

Département. Les raisons qui militent en faveur d'un vote favorable doivent être reproduites.

1° Des familles, n'habitant Paris que depuis quelques années, ayant des enfants arriérées ou idiotes, les font recevoir à la Salpêtrière ; mais, en vertu de la loi, ces enfants, au bout de quelque temps sont réclamées par leur département d'origine et les familles sont dans la nécessité de reprendre leurs enfants qui végètent et se dégradent de plus en plus chez eux, ou de les abandonner si elles consentent au transfert.

2° Dans la plupart des Asiles de province, les enfants idiots et épileptiques sont trop peu nombreux pour qu'il soit possible, à moins de dépenses hors de proportion, d'organiser dans chacun d'eux une école semblable à celles que nous possédons à la Salpêtrière, à Vaucluse et à Bicêtre. Les départements devraient s'entendre avec le département de la Seine pour placer, dans cette section, leurs enfants idiots et épileptiques dont les parents demeurent à Paris (1).

C'est donc pour faire face aux besoins que nous venons d'énumérer, que votre Commission vous prie d'inviter l'Administration à créer un nouveau pavillon à la Salpêtrière. Mais l'étude des plans, les délais de l'adjudication, la construction du bâtiment, qui devra être aussi simple que les autres bâtiments de la section, exigeront un temps assez long, quelque empressement que l'Administration apporte à nous donner satisfaction. C'est pour cela que nous croyons qu'il y aurait avantage à disposer des dortoirs abandonnés dans l'ancien quartier pour y installer une vingtaine de lits jusqu'à l'édification du nouveau pavillon. Cette mesure, tout à fait provisoire, n'offrirait aucun inconvénient, car il ne faut pas oublier que les enfants, *pendant le jour*, seront ou à l'école ou à l'ouvroir, ou au gymnase et que, *durant la nuit*, les vingt enfants auront un cube d'air plus que suffisant, puisque, dans ces mêmes dortoirs, il y avait, avant la nouvelle installation, une cinquantaine d'enfants (2).

L'ancienne 4e Commission vous a demandé de renouveler le vœu relatif aux enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière, à la fin de décembre 1878 (3), et le 25 janvier 1879 (4). Ces votes réitérés devaient appeler sérieusement l'attention de l'Administration. M. Möring, qui avait remplacé M. de Nervaux, se préoccupa de vous donner en partie satisfaction ; et, le 2 décembre 1879, dans le *Rapport sur le service des Aliénés pour* 1880, parlant de Bicêtre, nous vous disions :

---

(1) Et pour les autres, il faudrait, nous l'avons déjà dit plusieurs fois, créer des *asiles interdépartementaux*, comme il y a, en Angleterre, un asile pour les comtés de l'Ouest, etc.

(2) On voit que le Conseil général, et nous-même, avions songé aux enfants de la Salpêtrière et qu'on avait déjà réalisé des améliorations sérieuses. La sollicitude de M. Ferry pour elle est un peu tardive.

(3) *Rapport* n° 119, p. 84. — (4) *Rapport* n° 3, p. 16.

« Conformément à votre vœu demandant la séparation du service des enfants de celui des adultes, l'Administration a étudié et présenté au Conseil de surveillance un projet qui vous sera prochainement soumis et dans lequel, nous l'espérons, il sera tenu compte des besoins actuels, avec une prévision des *besoins futurs* et dans lequel on devra réserver des dortoirs au rez-de-chaussée pour les enfants épileptiques et, s'il y a lieu, pour les enfants idiots paralytiques.

« Le jour où cette nouvelle section sera édifiée, vous pourrez disposer en faveur des adultes de tous les locaux laissés libres par les enfants : 1° Vous pourrez supprimer le dortoir lambrissé du 4e étage ; — 2° transformer le dortoir du rez-de-chaussée du pavillon sud en 8 cellules ; — 3° ajouter au chauffoir actuel, tout à fait insuffisant et malsain, le dortoir du rez-de-chaussée compris entre le chauffoir et le pavillon sud ; — 4° transformer en dortoir la petite salle de réunion du 2e étage ; — 5° transformer le réfectoire des enfants en salle de réunion.

Grâce à ces transformations, vous aurez au moins 200 lits d'adultes au lieu de 140, ce qui permettra de placer dans ce service spécial les épileptiques disséminés dans les autres sections de Bicêtre ou dans les autres asiles.

Si nous sommes entré dans ces détails, c'est afin que vous émettiez le vœu que l'Administration, dans les travaux qu'elle exécutera, fasse les appropriations futures, en vue exclusive des épileptiques adultes. »

Si nous annoncions d'une façon aussi formelle la prochaine entrée du projet, c'est que notre excellent ami, M. Thulié, président de la 3e Commission du Conseil général, avait profité de la visite faite à Bicêtre par ladite Commission pour examiner le dossier dont l'examen lui avait été confié par le Conseil de surveillance.

Il provoqua, à ce propos, nos remarques. Plusieurs points nous frappèrent immédiatement : 1° La section n'était prévue que pour 120 enfants : or, il y en avait 125 ; on venait d'en transférer 16 et le Conseil général avait réclamé une section *pour deux cents enfants, afin d'éviter les transferts* ; — 2° le bâtiment se composait d'un rez-de-chaussée et de trois étages, inconvénient grave, selon nous, à cause de la nature des maladies dont ces enfants sont atteints : paralysies, épilepsie, etc. ; — 3° les classes étaient placées au rez-de-chaussée, au-dessous de l'infirmerie et du dortoir des gâteux.

Il s'agissait là, bien entendu, d'une étude rapide. Toutefois, ces critiques frappèrent vivement M. Thulié et, d'un commun accord, il fut convenu qu'il demanderait au Conseil de surveillance : 1° La construction d'une école dans un bâtiment spécial, entre le bâtiment principal et le gymnase ; 2° la transformation du rez-de-chaussée (prévu pour école) en dortoir pour les idiots invalides, gâteux, ce qui donnerait cent

soixante lits, quarante de plus que ne le comportait le projet de l'Administration.

M. Thulié fit part de ces observations au Conseil de surveillance (30 novembre 1879), qui jugea nécessaire la modification du projet et le renvoya, dans ce but, à l'Administration. Celle-ci soumit de nouveau le projet modifié au Conseil de surveillance, qui l'adopta dans sa séance du 18 mars 1880.

Le 13 avril suivant, M. Herold introduisit l'affaire au Conseil municipal et la 4e Commission nous chargea du rapport. Pour vous permettre d'apprécier ce projet, nous allons placer sous vos yeux quelques extraits du mémoire de M. le préfet :

« Plusieurs membres du Conseil général de la Seine, dit-il, visitant l'asile des aliénés de l'hospice de Bicêtre, se sont émus de la mauvaise organisation du service des enfants idiots et épileptiques et de l'état de délabrement des bâtiments. Pour remédier à cet état de choses, le Directeur de l'Assistance publique a fait dresser un projet de construction d'un bâtiment spécial pour la section des enfants idiots et épileptiques.

« Actuellement, le service des enfants idiots ne forme pas une section à part ; il se trouve, pour ainsi dire, englobé dans la section des épileptiques adultes ; les localités occupées par les enfants sont éparses ; les services généraux, tels que classes, réfectoires, offices, bains, lavabos, magasins, etc., sont mal répartis pour les besoins du service ; l'éclairage est insuffisant dans la classe et le réfectoire ; enfin, ces localités, mal aérées, sont humides, froides et malsaines.

« *Les dortoirs offrent des inconvénients encore plus grands ;* des enfants, dont l'âge varie et dont l'affection diffère, *y sont confondus dans une promiscuité dangereuse* QU'ON NE SAURAIT TOLÉRER PLUS LONGTEMPS. Une infirmerie spéciale manque également. »

Ce passage prouve que, alors, c'est-à-dire au commencement de 1880, l'Administration, de même que le Conseil général, reconnaissait l'*extrême urgence de la création d'une section spéciale pour les enfants*. Nous continuons la citation :

« Le personnel servant, attaché au service des enfants, est défectueux. Ce sont généralement des serviteurs de second ordre qui apportent tout leur bon vouloir à leurs fonctions, mais qui, par nature, sont peu aptes aux soins multiples de propreté que réclament les jeunes malades ; ils n'ont pas ce dévouement charitable que les femmes possèdent à un si haut degré (1).

---

(1) On voit, dans le passage cité du Mémoire de M. le Préfet, que l'Administration a reconnu les bons résultats de l'expérience que nous avons instituée... un peu malgré elle. (Voir, plus haut, p. XXI et : Bourneville et d'Olier. — *Compte rendu du service des Enfants* pour l'année 1880, p. 18).

« L'Administration a donc pour devoir de porter remède à un état de choses qui compromet le bien-être de toute une population si intéressante par ses souffrances, par ses misères et par son âge. Il importe, enfin, de multiplier autour de ces enfants les moyens d'instruction et d'éducation, afin d'éveiller et de développer leur intelligence, tout en améliorant leur état physique...

« Le bâtiment qu'il s'agirait de construire contiendrait 160 lits d'enfants de 4 à 17 ans, 16 lits d'infirmerie et 8 lits pour les chambres d'isolement. Actuellement, la population n'est que de 125 enfants. L'exécution de ce projet permettrait donc d'augmenter de 35 le nombre des lits et de diminuer d'autant le chiffre des transferts en province.

« Les 40 lits placés au rez-de-chaussée seraient destinés aux enfants infirmes, pour lesquels l'ascension d'un escalier constitue un danger (1). Les 40 lits du troisième étage ne seraient utilisés qu'en cas de complète occupation des étages inférieurs et au fur et à mesure des besoins du service.

« Des cabinets d'aisance et des lavabos seraient installés à tous les étages. En outre de ce bâtiment principal, le projet comprend la *construction, sur le même emplacement, à droite du gymnase actuel, d'un grand abri de* 350 *mètres superficiels où seraient installées quatre grandes classes ou préaux, avec pièces accessoires, lavabos, latrines, etc.* Cet abri serait rattaché au bâtiment principal par une galerie vitrée. »

La dépense prévue s'élevait à la somme de 717,179 francs. Près de cinq mois s'étaient écoulés depuis le jour où M. Thulié nous avait parlé de cette création, et durant ce temps, en qualité de médecin du service, nous ne l'avions pas perdue de vue. Ayant en main le projet, un examen complet était possible. Or, si ce projet avait l'avantage de séparer les enfants des adultes, de concentrer une partie du service (2), il ne remédiait pas à l'éloignement et à l'insuffisance des ateliers ; — rien n'était prévu pour l'enseignement professionnel; — l'aménagement de quelques chambres d'isolement, au milieu des dortoirs, ne donnait qu'une satisfaction très médiocre aux besoins du service, en cas d'épidémie de rougeole (3), de diphtérie, d'ophthalmie, etc. ; — cette installation de quelques chambres ne pouvait permettre d'isoler les teigneux, les enfants syphilitiques, etc. — De telles lacunes, dans une création

(1) C'est ce que l'auteur du projet primitif n'avait pas pris en considération.

(2) Nous disons *une partie*, car il n'était pas question de service balnéo-hydrothérapique, dans une section où les bains et les douches doivent être largement employés.

(3) Il y a eu une épidémie de rougeole en janvier-février 1881 ; — une épidémie de diphthérie en décembre 1881 et janvier 1882 ; — une nouvelle épidémie de rougeole en mai 1883.

nouvelle qui aurait dû être conçue de manière, sinon à constituer un progrès par rapport aux institutions analogues existant déjà, tout au moins à les égaler, nous ont fait hésiter à présenter rapidement, comme nous l'aurions voulu, un rapport au Conseil.

D'ailleurs, une étude attentive et journalière des besoins de ces malheureux enfants nous démontrait les inconvénients extrêmement sérieux qu'il y avait à accepter une construction de trois étages. Pour des enfants hémiplégiques ou marchant mal, la montée et la descente des escaliers les expose à des chutes dangereuses. La même remarque s'applique aux enfants épileptiques qui, dans leurs accès, souvent subits, peuvent être précipités d'étages en étages et se faire des blessures ou des fractures parfois mortelles.

Enfin, le nombre des lits qu'il était possible d'installer dans la future section, *cent soixante* — soit quarante de moins que ne le désiraient le Conseil général et le Conseil municipal — nous paraissait beaucoup au-dessous des besoins, et nous avions la conviction que, les constructions à peine terminées, on se verrait dans la dure nécessité de recourir à la pratique barbare des transferts. Ainsi, loin de prévoir dans une mesure convenable les besoins de l'avenir, ce qui est indispensable dans toute création de ce genre, on ne satisfaisait même pas aux besoins du présent. Les sollicitations dont nous sommes sans cesse l'objet, pour aider à l'admission d'enfants idiots, épileptiques, etc., à Bicêtre; nos visites à l'Asile clinique (Sainte-Anne) qui nous ont montré que, faute de place dans les sections spéciales, les enfants y séjournent des semaines et des mois, confondus avec les adultes, sans effets d'habillement, sans aucun aménagement pour le traitement physique et pédagogique ; — la présence à la colonie de Vaucluse, contrairement aux règlements, d'enfants gâteux dont le Directeur réclame le passage à Bicêtre ; — les nombreuses demandes non suivies d'effet que reçoit l'Administration de l'Assistance publique nous convainquaient que le chiffre de deux cents lits indiqué par vous serait lui-même insuffisant.

Toutes ces raisons, dont l'importance ne vous échappera certainement pas, nous ont engagé à étudier sérieusement la question. Nous nous sommes procuré des renseignements de divers côtés et, grâce aux notices, aux lettres et aux plans que nous avons reçus ; — grâce aussi aux notes journalières que nous avons prises, nous sommes parvenu à tracer un programme complet des conditions que, à notre avis, une section pour les enfants idiots, épileptiques, etc., devait remplir. Cela fait, nous avons demandé à M. le Directeur de l'Assistance pu-

blique, en qualité de médecin de l'hospice de Bicêtre, de nous mettre en rapport avec M. Imard, inspecteur de l'Assistance publique, chargé de Bicêtre, MM. Gallois et Ventujol, le premier architecte, le second directeur de Bicêtre, à l'effet de leur soumettre ce programme, de le discuter avec eux et de s'entendre afin de préparer un projet définitif.

Cette réunion a eu lieu à Bicêtre, le 8 juin 1882. Après examen de nos plans et du terrain, ces Messieurs ont été unanimes à reconnaître que le nouveau projet était préférable à l'ancien et qu'il pouvait faire face non seulement aux besoins du présent, mais encore à ceux de l'avenir, durant une période assez longue. Il repose sur ce principe : *Faire des services généraux* (ateliers, écoles, réfectoires, etc.), suffisamment spacieux pour qu'ils puissent suffire à une population de 400 enfants; les construire de suite, ainsi que les dortoirs pour 200 enfants au moins; réserver l'espace pour la construction de nouveaux pavillons au fur et à mesure des demandes (1).

Il fut décidé, en outre, que les *ateliers* feraient l'objet d'un projet spécial qui serait soumis, à bref délai, au Conseil municipal, et que M. Imard rédigerait le programme à soumettre à l'Administration, suivant les données que nous avions minutieusement développées. M. le Directeur de l'Assistance publique adopta cette double proposition. M. Gallois prépara le projet des ateliers, qui fut soumis au Conseil de surveillance, dans sa séance du 3 août 1882. Le Conseil de surveillance l'adopta après avoir, toutefois, pris connaissance du plan général de la future section et en avoir accepté les dispositions générales.

L'affaire fut introduite au Conseil municipal le 7 août 1882; le rapport, dont la Commission nous avait chargé, fut fait le 9 août. M. Floquet, alors préfet de la Seine, voulut bien donner les ordres pour que les formalités administratives fussent rapidement remplies. L'adjudication eut lieu le 21 septembre. L'arrêté préfectoral acceptant l'adjudication fut signé le 29 septembre, et les travaux ont commencé dans la seconde quinzaine d'octobre. Dans cette affaire, l'Administration municipale a mis toute la rapidité possible, — au grand scandale de certains fonctionnaires qui ont trouvé, paraît-il, que les formalités administratives avaient été trop vite remplies. Vous estimerez, comme nous, Messieurs, qu'il serait à désirer que la même célérité fût apportée dans toutes les affaires.

II. Les plans et devis du nouveau projet furent terminés le

(1) Ces renseignements montrent que nous avons agi aussi régulièrement que possible.

22 novembre dernier. La présentation au Conseil de surveillance fut retardée par suite de ce fait qu'une partie du terrain était comprise dans la zone militaire. Une fois cette difficulté aplanie, M. Quentin remit le dossier au Conseil de surveillance, qui nomma une Commission de cinq membres pour l'examiner. Nous allons donner une description aussi résumée que possible du projet, puis nous ferons connaître les observations du Conseil de surveillance.

Disposition du terrain. — Le terrain sur lequel doit être construit le quartier pour les enfants idiots et épileptiques est situé à l'angle S.-O. de l'hospice de Bicêtre. Il est en coteau, domine, comme nous l'avons dit déjà, la vallée de la Bièvre et la commune de Gentilly. La vue s'étend sur la plus grande partie de la rive gauche de Paris. La pente est assez prononcée en deux sens.

Accès du quartier. — L'accès du quartier doit avoir lieu par le préau de la petite école, qui longe le bâtiment dit : « les colonnes de la 2e section. » A cet effet, on reconstruira la grille, aujourd'hui en très mauvais état, qui clôt ce préau du côté du S.-E., en y ménageant une porte à voiture et une porte cavalière. On remaniera la chaussée en avant, de façon à éviter le saut-de-loup actuel, et au milieu dudit préau, dans toute sa longueur, on établira jusqu'à la grille, vers l'ouest, une chaussée pavée.

Ce préau, planté de deux rangées d'arbres qui devront être conservés, est bordé à gauche : 1° par le petit pavillon, si souvent cité (p. 5), où est aujourd'hui installée la gymnastique Pichery, et que l'on utilisera, si cela est jugé nécessaire, pour la loge du portier; 2° par des *hangars* clos, où l'on trouve successivement : *a)* l'atelier de menuiserie des enfants; — *b)* le service de propreté et du traitement du gâtisme; — *c)* le préau couvert des enfants gâteux, servant de parloir le jeudi et le dimanche pour les familles des 175 enfants. Ces hangars pourront être affectés, sans grande dépense, au *parloir de la future section;* seule, la partie correspondant à l'atelier, aura besoin de réparations; le sol devra être transformé, etc.

La partie à la suite de ce préau, prise aux dépens du talus qui entoure la *Sûreté* (laquelle est en contre-bas par rapport au préau dont nous venons de parler et aux colonnes de la 2e section), et se raccordant avec la cour où est le *grand gymnase,* entre les ateliers des enfants et la 2e section, sera mise en état, pavée en grès comme le milieu du préau du futur parloir et close par une grille en fer sur bahut en pierres. (Voir le PLAN, A.) La grille qui ferme actuellement cette extrémité

du préau devra être utilisée. Une porte charretière et une porte cavalière latérale seront établies dans le mur actuel pour donner accès dans la cour du gymnase et des ateliers. Le préau, la loge du portier, le parloir, la voie d'accès, etc., constituent, en quelque sorte, le *vestibule de la section*.

Nous pénétrons dans la première cour de la section, servant de gymnase découvert, et nous trouvons à gauche le *gymnase couvert* (PLAN, 53), élevé en 1853; à droite, les *ateliers* qui seront achevés dans quelques semaines (Pl. 84, 87).

Le fond de cette cour est occupé aujourd'hui par un jardin séparé de la cour par un treillage : c'est dans la portion S.-O. de ce jardin que l'on édifiera les *réfectoires*. Des *préaux couverts* rattacheront le gymnase, d'un côté, et les ateliers, de l'autre, au premier groupe des bâtiments à construire et qu'il importe de décrire.

Il se compose : 1° du bâtiment des réfectoires (Pl., 85); — 2° du bâtiment des classes (Pl., 91, 96); — 3° d'un bâtiment latéral gauche (c'est-à-dire du côté du fort); — 4° d'un autre bâtiment latéral droit du côté de Paris.

a) Les réfectoires seront au nombre de deux, l'un pour les enfants épileptiques, imbéciles et idiots propres; — l'autre pour les enfants idiots *valides* (1), propres ou gâteux. Chacun de ces réfectoires sera pourvu d'offices et de laveries, *où l'on devra* utiliser les enfants, par séries, dans la mesure de leurs aptitudes. — Un lavabo sera installé à l'entrée du réfectoire des enfants de la première catégorie, afin qu'ils puissent se laver les mains à la sortie de l'école ou des ateliers, avant d'entrer au réfectoire.

Des galeries couvertes, pouvant servir de *préau*, relieront le réfectoire d'une part aux ateliers, de l'autre au gymnase, — ce qui permettra de séparer les enfants de la première catégorie en deux groupes, les plus âgés, les plus jeunes (2).

L'ensemble des constructions existantes (gymnase et ateliers) et du bâtiment des réfectoires circonscrira une première cour, *cour du gymnase;* à proximité de chaque réfectoire, il y aura une salle de repos pour les enfants en accès.

b) L'*école* comprendra deux grandes divisions : la première

---

(1) L'expérience montrera s'il est nécessaire de séparer par des cloisons à mi-hauteur chacun de ces réfectoires en deux parties, par exemple pour isoler les épileptiques des imbéciles.

(2) Il va de soi que dans cette catégorisation on devra tenir compte de la nature de la maladie des enfants beaucoup plus encore que de l'âge.

pour les enfants épileptiques, imbéciles, arriérés ;—la seconde pour les idiots valides, gâteux ou non.

La première division comprendra 4 classes séparées par des cloisons mobiles qui permettront le classement variable des enfants par classes. A la grande école seront annexés une salle pour le dépôt des objets ou instruments servant soit au professeur de chant, soit au maître d'escrime et un *musée scolaire* où l'on déposera tous les objets servant à l'enseignement, et de la grande et de la petite école.

La *petite école* sera divisée en une série de classes pour les leçons de choses, la lecture, les jeux destinés à exercer les mains et les yeux, — la gymnastique Pichery, si utile pour apprendre aux enfants à se servir de leurs mains, à exécuter une série de mouvements élémentaires, etc.

Entre la petite école et le réfectoire, sera installé le *service de propreté* où l'on traitera le gâtisme et où l'on apprendra aux enfants à se laver la figure et les mains ; — Entre la grande école et le réfectoire des grands, se suivront le *service des bains* et le *service hydrothérapique*.

Ces quatre services circonscrivent une cour où seront placés des cabinets d'aisances à l'anglaise, disposés de manière à faciliter le plus possible la surveillance.

Le gymnase et les ateliers, d'une part, —les réfectoires, les classes, les bains et le service de propreté, d'autre part, constitueront l'ensemble des *services de jour*. Ils sont conçus de telle sorte, qu'ils pourront faire face non seulement aux besoins de la population actuelle, embrassant : *a)* les enfants présents à Bicêtre (175) ; *b)* ceux qui attendent au bureau d'admission de l'asile clinique (Sainte-Anne), au nombre de 12; *c)* les 14 enfants que M. le Directeur de la colonie de Vaucluse voudrait envoyer à Bicêtre; *d)* ceux qui ont fait une demande à l'Assistance publique, — mais encore aux besoins d'un avenir trop prochain, c'est-à-dire à environ 400 enfants.

Leur construction doit être faite en premier lieu.

Le *service de nuit* comprend les *pavillons pour dortoirs*. Chaque pavillon se composera seulement d'un rez-de-chaussée renfermant deux salles de 20 lits. Les lits, rangés à gauche et à droite de la salle, seront séparés par autant de fenêtres ; les trumeaux correspondant aux lits auront au moins un mètre, la largeur des dortoirs ne sera pas moindre de sept mètres. Au centre du pavillon, on réunira : les lavabos, sur le modèle actuel de l'ancienne section, avec armoire treillagée à claire-voie et tiroirs pour les serviettes, les peignes et les brosses ; les

cabinets d'aisances, avec deux sièges séparés et une chambre de débarras (1). (Plan, 101, 101).

Le projet comporte la construction de 8 pavillons — destinés aux enfants valides ; — mais aujourd'hui, il s'agit seulement d'élever 2 de ces pavillons, les autres seront construits ultérieurement, au fur et à mesure des demandes faites par l'Administration.

Service des gâteux. — Il contiendra 48 lits, en deux salles, ayant au moins 8 mètres de largeur ; le plafond sera élevé ; le cube d'air par chaque lit devra être de 50 à 60 m. c. Chaque lit sera séparé du voisin par une fenêtre. A chaque extrémite : un service de propreté, semblable à celui des idiots gâteux valides ; un cabinet d'aisances, avec siège pour les adultes ; un vidoir ; — au centre : un cabinet pour la surveillante, un cabinet pour le médecin, une pièce de débarras, une salle pour le lever des enfants, un vestibule, ainsi que l'escalier conduisant au premier étage.

Ce pavillon aura un premier étage, destiné à servir de *salles de rechange.* L'idée en a été donnée par M. l'inspecteur Imard; si elle entraîne un surcroît de dépenses, il faut reconnaître que son utilité est pleinement justifiée par l'infection que produisent ces enfants et qui exige des conditions d'hygiène beaucoup plus coûteuses que pour des enfants sains d'esprit.

Afin de compléter ce qui précède, nous ajouterons qu'il y aura : 1° un caveau pour le linge sale, avec porte extérieure, aération parfaite ; — 2° une galerie au rez-de-chaussée et une terrasse au premier étage, afin de pouvoir faire aisément sortir les enfants, les exposer à l'air et à la chaleur et assainir les salles (Plan, 103).

Infirmerie. — Elle contiendra 24 lits en deux salles qui auront 7 à 8 mètres de large ;—2 chambres d'isolement pour les enfants ; une office avec une baignoire, des lavabos, un cabinet pour le médecin, un pour la surveillante, une pièce de débarras, deux cabinets d'aisances pour les enfants (avec urinoirs, et vidoir) et un pour les adultes ;—une salle de convalescence pour les enfants qui commencent à se lever et qu'on utilisera également comme réfectoire : toutes ces pièces seront réunies au centre du bâtiment où l'on trouvera aussi l'escalier donnant accès au premier étage. Quant aux salles de cet étage — salles

---

(1) Pour les balais, plumeaux, etc., peut-être serait-il possible de réserver dans le mur une sorte d'armoire comme cela existe par exemple à l'*Asile des jeunes garçons infirmes* de la rue Lecourbe.

de rechange — elles répèteront exactement celles du rez-de-chaussée. — Le caveau au linge sale offrira une disposition analogue à celui du pavillon des gâteux invalides (Plan, 105).

Pavillon d'isolement. — Il est destiné à recevoir les enfants atteints de *maladies contagieuses* (syphilis, rougeole, variole, scarlatine, teignes, ophtalmies, diphtéries, etc.). Il contiendra 16 lits : 10 dans deux salles de 5 lits, 6 dans des chambres d'un lit. Ces chambres seront fermées au moyen de cloisons vitrées placées dans une grande salle. On entrera dans ces diverses salles par des portes distinctes donnant directement au dehors. Un abri de 2 mètres sera construit autour de ce pavillon pour permettre de faire le service à couvert. Ce pavillon sera pourvu d'une office avec baignoire mobile, de 2 lavabos, d'un cabinet pour la surveillance, de cabinets d'aisances, etc., etc., à l'instar du pavillon des gâteux et de l'infirmerie (PLAN, 107).

Cellules. — La section sera complétée par un quartier de cellules destiné aux enfants atteints d'accès de manie simple ou épileptique ; — aux enfants qui se seront rendus coupables d'actes graves d'insubordination, de vols, de coups, etc. Les cellules devront être au nombre de douze, dont deux capitonnées. Dans leur construction, M. l'Architecte devra s'inspirer des indications consignées dans le rapport fait par M. Maréchal, au nom d'une Commission spéciale nommée par M. le Préfet. Toutes les mesures seront prises pour assurer la surveillance la plus minutieuse. A ce quartier seront adjoints nécessairement des cabinets d'aisances, une office, deux chambres pour les infirmiers, etc. — Le quartier de cellules sera placé non pas à côté de la Sûreté, mais dans le voisinage de l'infirmerie, dont il est une véritable dépendance. En effet, à côté des *services de jour*, qui constituent une véritable *école primaire et professionnelle*, à côté des dortoirs qui forment une sorte d'hospice, — le *service des gâteux*, l'*infirmerie*, le *pavillon d'isolement* et le *quartier cellulaire* (Plan, 108) composent un véritable *hôpital*.

Enfin, il y aura lieu de prévoir, pour l'avenir, la construction d'un atelier de photographie et de moulage, ainsi que d'un *musée pathologique*. L'emplacement, qui paraît le plus convenable, serait l'espace compris entre le gymnase et la section voisine.

Considérations générales. — Les *cabinets d'aisances*, à l'anglaise, seront disposés de telle façon que la surveillance en soit facile ; ils seront abondamment pourvus d'eau et auront une annexe pour les balais, les seaux, etc. — Les *fenêtres* seront toutes fermées à clef et munies de stores. Elles auront

des impostes pour permettre la ventilation et, de plus, un vasistas ouvrant à soufflet. — Dans les bâtiments de l'infirmerie et des gâteux, on prendra, dans les escaliers, les précautions nécessaires pour éviter les chutes et les suicides. — Chaque dortoir et chaque salle auront des *chambres pour les infirmiers ou les infirmières*, de jour ou de nuit.

Le *chauffage* aura lieu au moyen de calorifères placés dans des caveaux afin d'empêcher les enfants de toucher aux appareils. Les cheminées de l'infirmerie et du bâtiment des gâteux ont surtout pour but de favoriser la *ventilation*.

L'*éclairage* sera au gaz dans toutes les localités. Il sera abondant, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Dans les localités où l'on couche, il sera pris des précautions analogues à celles qui existent ou à l'Hôtel-Dieu, ou au pensionnat de l'asile de Ville-Évrard.

Partout, sauf dans les logements du personnel, les angles formés par la rencontre des murs et des plafonds seront remplacés par un arrondi. — Les mesures seront prises pour que les pavillons soient convenablement espacés et suffisamment élevés, au-dessus du sol.

Dans le pavillon des gâteux, à l'infirmerie, et dans le pavillon d'isolement l'architecte reproduira la disposition adoptée à l'hôpital des Enfants-Malades dans les angles du pavillon des diphthéritiques.

Toutes les *eaux* de ce quartier ne pouvant s'écouler au réseau d'égoûts de l'hospice à cause du plan inférieur des nouveaux bâtiments par rapport aux anciens, elles devront être dirigées sur Gentilly, et il y aura lieu de s'entendre avec la commune pour la création sous la voie publique d'une canalisation se rattachant à celle qui existe dans ladite commune sous la rue du Parroi.

Les constructions que nous venons d'énumérer (voir le PLAN) permettront de donner asile à une population de plus de 400 enfants.

Dortoirs	8 de 40 lits chacun. . . .	320	412
	Bâtiment des gâteux . . .	92	
Services annexes. .	Infirmerie	36	64
	Isolement	16	
	Cellules	12	
	TOTAL. . . .		476

D'après l'estimation dressée par l'architecte, la réalisation de ce projet nécessiterait une dépense de 2,880,000 francs. En voici le détail par bâtiment, d'après le mémoire de M. le Préfet.

1° Entrée de la section				9,769 80
2° Réfectoire				152,830 40
3° Bâtiment des classes		180,502 01		280,889 30
Avec ses annexes.	Bains	61,261 10		
	Service de propreté	39,126 19		
4° Bâtiments des dortoirs pour enfants valides (simple rez-de-chaussée : 40 lits)				135,686 48
5° à 11° Sept bâtiments semblables (280 lits, chiffres ronds)				950,000 »
		LITS.		
12° Bâtiment des dortoirs pour enfants gâteux	Rez-de-chaussée	46	92	289,621 74
	1er étage	46		
		LITS.		
13° Bâtiment de l'infirmerie	Rez-de-chaussée	24	36	200,967 24
	1er étage s. moitié	12		
14° Isolement, 16 lits				120,000 »
15° Cellules				25,000 »
16° travaux accessoires.	Deux galeries reliant le bâtiment des dortoirs aux bâtiments des classes et des réfectoires		20,197 14	193,559 37
	Marquise dans le préau des enfants		10,013 80	
	1 galerie couverte reliant le bâtiment des gâteux et l'infirmerie		10,943 97	
	2 cabinets d'aisances dans les préaux		17,404 46	
	10 galeries de jonction pour les autres bâtiments		100,000 »	
	Marquises avec trottoirs		20,000 »	
	Escaliers couverts		15,000 »	
Travaux extérieurs.	Déblais, nivellement, jardinage	31,798 99	»	134,668 60
		»	25,000 »	
	Pavage	9,656 77	»	
		»	21,000 »	
	Canalisation de l'eau	7,830 «	»	
		»	8,000 »	
	Canalisation du gaz	4,932 84	»	
		»	4,000 »	
	Ecoulement des eaux	12,450 »	»	
		»	10,000 »	
		66,668 60	68,000 »	
Imprévus				249,300 »
Frais de direction				137,700 »
			TOTAL général	2,879,992 93

Au mémoire de M. le Directeur de l'Assistance publique est

joint un devis estimatif dressé par l'architecte, en vue de l'exécution d'une première série de bâtiments et montant à 1,380,216 fr. 83 c. Ce devis comprend les bâtiments et travaux suivants, savoir :

1° Réfectoires et leurs dépendances.	152,830 40
2° Bâtiment des classes	180,502 01
3° Marquise dans le préau des enfants	10,013 80
4° Cabinets d'aisances dans le préau des enfants.	17,404 46
5° et 6° Deux bâtiments reliant les bâtiments des classes et des réfectoires et renfermant l'un les bains (aile gauche).	61,261 10
l'autre le service de propreté (aile droite).	39,126 19
7°, 8° et 9° Bâtiment contenant deux dortoirs de 20 lits chaque, avec dépendances et relié aux autres constructions par deux galeries couvertes, savoir :	
Bâtiment des dortoirs	135,686 48
Galerie de gauche	10,493 12
Galerie de droite.	9,704 02
10° Bâtiment des gâteux	289,621 74
11° Bâtiment de l'infirmerie.	200,967 24
12° Galerie couverte formant communication entre le bâtiment des gâteux et l'infirmerie	10,943 97
13° Travaux extérieurs (nivellement, eau et gaz).	66,668 60
14° Entrée de la section.	9,769 80
	1,194,992 93
Imprévus.	119,499 29
	1,314,492 22
Honoraires 5 0/0.	65,724 61
TOTAL.	1,380,216 83

Messieurs, en raison du nombre des demandes d'admission adressées à l'Administration, en raison du nombre des enfants qui attendent, dans des conditions déplorables, à l'Asile clinique et à la colonie de Vaucluse, qu'il y ait des places libres dans la section des enfants de Bicêtre, votre Commission estime qu'il convient de faire de suite un second bâtiment pour les enfants valides :

15° Deuxième bâtiment pour les enfants valides (40 lits)	135,686 »
Galerie de droite.	9,704 02
Galerie de gauche	10,493 12
Imprévus	15,588 36
Honoraires.	8,573 58
TOTAL.	180,045 08

Cette somme, ajoutée à la précédente (1,380,216 fr. 83 c.), fait un total de 1,560,261 fr. 91 c.

III. Avant de conclure, nous devons vous indiquer quelques-unes des remarques qui ont été faites au Conseil de surveillance par M. E. Ferry, chargé, au nom d'une Commission spéciale, de présenter un rapport à ce Conseil.

Après avoir émis, sur les enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques de la section de Bicêtre, des considérations générales qui témoignent d'une connaissance tout à fait superficielle de cette question, M. le rapporteur rappelle que le Conseil de surveillance a reconnu l'urgence d'une création nouvelle puisqu'il avait voté un projet de travaux en 1879 (1) et il ajoute :

Votre Commission a constaté le mauvais agencement du service actuel des idiots et épileptiques. Les dortoirs sont insuffisants ; les lits y sont les uns sur les autres ; les escaliers sont d'un accès assez difficile (2). L'infirmerie est, elle aussi, très étroite et basse de plafond ; elle contient un très grand nombre de lits pour la nature de ceux qui les occupent : presque tous ces enfants sont gâteux ; un grand nombre d'entre eux sont des idiots qu'il est impossible de changer de place, tant ils sont impotents. On y respire un air empesté, malgré l'ouverture de quelques vasistas. (A ce propos nous estimons que la ventilation pourrait être pratiquée d'une façon plus large et que les fenêtres pourraient être entièrement ouvertes d'un seul côté, *pendant une partie de la journée*) (3).

« Le *lavoir de propreté*, qui se trouve placé sous un mauvais hangar, est, lui aussi, insuffisant comme espace. Enfin, le service est trop disjoint et nécessite des allées et venues continuelles. — Le *réfectoire* est insuffisant. — La classe d'études est assez convenable. — Le gymnase est aussi bien que possible.

« Nous ne parlons de l'atelier que pour mémoire, puisqu'un bâtiment s'édifie, en ce moment, pour remplacer le trou qui porte ce nom et dans lequel six ou huit enfants (4) travaillent sous la direction d'un contre-maître qui paraît intelligent.... »

---

(1) Il aurait pu dire que ce projet n'avait pas été voté à la légère puisque ledit Conseil de surveillance avait modifié ce projet et l'avait discuté de nouveau au mois de mars 1880.

(2) Assez difficile pour les personnes valides mais *très difficile* pour des enfants impotents.

(3) Si M. le Rapporteur avait daigné interroger les personnes du service, il aurait appris que nous avons donné les ordres les plus formels pour que les fenêtres soient ouvertes toute la journée, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, suivant la direction du soleil.

(4) Quatorze enfants travaillent dans cet atelier de menuiserie sous la direction d'un maître qui est très intelligent. Quinze enfants travaillent dans les ateliers de la maison (couture, cordonnerie, serrurerie, tonnellerie, etc.) ; enfin, d'autres sont employés dans le service aux soins domestiques.

Puis, après avoir déclaré que « la proposition est opportune en soi, » M. le Rapporteur se demande si elle « doit obtenir, d'*urgence*, la préférence sur tous les travaux qui s'imposent à l'Assistance publique, dans ses nombreux établissements. » Il insiste sur l'insuffisance des hôpitaux d'enfants, sur la longue expectation des scrofuleux avant d'obtenir un lit, ce que vous connaissez de longue date puisque, il y a longtemps, vous avez insisté, sans succès, auprès de l'Administration pour qu'elle se préoccupe de la construction d'un troisième hôpital pour les enfants atteints de maladies aiguës et de la création d'un nouvel hôpital maritime pour les scrofuleux.

M. le Rapporteur rappelle que l'emploi de la subvention de 6 millions, votée par le Conseil municipal, en 1880, est actuellement bien déterminé; que la plupart des travaux sont en cours d'exécution, et il ajoute qu'une nouvelle subvention municipale de 3 millions figure au Budget de 1883; que M. le Directeur a fourni au mois d'août un nouvel aperçu des grands travaux à exécuter dans les établissemeuts hospitaliers, pour la création de nouveaux services et la remise en état des services existants; — que la dépense de la section des enfants de Bicêtre ne figure pas dans cette longue énumération ; — « que les filles idiotes ou épileptiques de la Salpêtrière sont aussi intéressantes que les garçons atteints des mêmes maux, étant donné l'état de ce service à la Salpêtrière, » et qu' « il n'y a aucune raison pour qu'une *semblable création* ne soit faite à leur profit » (1).

Sous le bénéfice de ces observations, continue-t-il, votre Commission pense que l'avis favorable au projet qui vous est soumis (c'est au Conseil de surveillance qu'il s'adresse) doit être subordonné à cette réserve :

« Que la construction des bâtiments de Bicêtre, affectés à l'hospitalisation des idiots et épileptiques, doit être considérée comme une création spéciale, et ne préjudicier en rien à l'importance des allocations qui sont demandées au Conseil municipal par l'Assistance publique, pour l'exécution des grands travaux dans les divers établissements hospitaliers.

« Quant au projet en lui-même, il est parfaitement étudié, eu égard à la déclivité du terrain, sur deux sens. Le jardin ou marais, dans lequel bon nombre d'aliénés sont occupés journellement, sera diminué d'importance par l'emprise nécessaire à la construction des bâtiments à édifier. On peut se demander si cette diminution de pé-

(1) M. le Président-Rapporteur du Conseil de surveillance paraît ignorer absolument ce que le Conseil municipal et le Conseil général ont réclamé — parallèlement à Bicêtre — pour la Salpêtrière; il ne connaît pas non plus les améliorations que le Conseil municipal a votées pour le service des enfants de la Salpêtrière (Voir p. XL).

rimètre n'amoindrira pas outre mesure la possibilité de fournir du travail aux aliénés tranquilles (1). »

M. le Rapporteur expose ensuite que le génie militaire a suscité une difficulté, qu'un nouveau décret autorisant certains remblais est nécessaire, que M. Gallois, architecte de Bicêtre, pense que ce décret sera facilement obtenu, et il conclut à l'édification partielle du projet.

« Etant bien entendu, ajoute-t-il, que l'ensemble de ces travaux deviendrait une charge spéciale, ne préjudiciant en rien à l'importance des allocations demandées par l'Assistance publique au Conseil municipal pour l'exécution des grands travaux indispensables dans les établissements hospitaliers, notamment en ce qui concerne les travaux des hôpitaux d'enfants que nous ne cessons de réclamer, nous vous proposons l'adoption du projet.

« Si vous donnez votre approbation à cette conclusion, *votre Commission croit devoir insister pour que les travaux soient poussés avec la plus grande vigueur.* Elle constate qu'en général les travaux entrepris dans les établissements s'accomplissent avec une lenteur désespérante, à laquelle il faut ajouter la longue attente qui résulte de l'accomplissement des formalités administratives. L'affaire qui nous occupe est introduite depuis près de cinq ans. Jusqu'à présent le papier seul y a joué un rôle. Il est donc indispensable d'en finir dans un sens ou dans l'autre. »

La Commission, Messieurs, a jugé très utile de placer cette analyse et ces citations sous nos yeux, afin que vous puissiez apprécier parfaitement la situation. Nous nous bornerons à faire remarquer que le Conseil de surveillance avait considéré la création d'une section pour les enfants de Bicêtre comme de première urgence, puisque à la fin de 1879, il adoptait un projet de construction. Depuis lors, les besoins se sont accrus, la situation a empiré, mais le Conseil de surveillance ne trouve pas qu'il soit opportun de consacrer à l'exécution du nouveau projet les 717.000 francs qu'il avait affectés au premier, ni de prélever une partie de la somme sur les 3.000.000 de francs que vous avez votés en déclarant qu'ils serviraient à la réalisation des vœux les plus anciennement exprimés par vous, en tête

(1) Si un voile épais n'avait couvert les yeux de M. le Rapporteur du Conseil de surveillance, il aurait pu constater que l'emplacement de la future section était occupé par le jardin particulier du Directeur de l'hospice et par un *champ de luzerne*... où naturellement les malades n'ont guère occasion de travailler. En tous cas, cette remarque a lieu de surprendre dans la bouche d'un homme qui a fait supprimer, contrairement au vote du Conseil municipal, la vacherie de Bicêtre où l'on employait des malades (Voir aussi : *Bulletin municipal*, 1882, p. 1073).

desquels figure la création de la section de Bicêtre. Pourquoi cette façon de procéder? M. le Rapporteur au Conseil de surveillance vous le dit: « Parce que l'importance et la forme de ce projet ont été profondément modifiées par le Conseil municipal ». C'est un avertissement que vous donne M. le Président du Conseil de surveillance et chaque fois que vous vous permettrez de modifier un projet adopté par ledit Conseil, il est probable qu'il procèdera de même. Pour ses projets le Conseil de surveillance reconnaît l'urgence et trouve l'emploi des crédits que vous avez votés en faveur de l'Assistance publique; mais pour les projets du Conseil municipal il n'y a ni urgence ni affectation possible (1). L'avis formulé par le Conseil de surveillance est ainsi conçu:

Le Conseil,

. . . .

Emet un avis favorable à l'*exécution immédiate* des travaux nécessaires pour la création, à Bicêtre, d'un quartier destiné aux enfants idiots et épileptiques, sous la double réserve que la Conseil municipal voudra bien voter, en vue de ces travaux, des fonds spéciaux, et *que ce vote de fonds ne préjudiciera en rien aux travaux plus urgents encore* qui sont indispensables pour améliorer tous les services intéressant l'enfance, et notamment pour l'installation des services d'isolement et pour la création d'un hospice de *petits incurables*.

Une lettre de M. le Directeur nous apprend que « le chiffre approximatif de la dépense pour la construction de services destinés aux enfants incurables (garçons et filles) est évalué à 3.500.000 francs, » et qu' « on se propose de recevoir dans ces services les enfants atteints de *paralysie générale* ou *partielle*, de *cécité*, de *rachitisme*, de *myélites*, etc., de toutes ces affections, en un mot, pour lesquelles ils sont admis à l'asile de la rue Lecourbe. »

Or, Messieurs, vous avez décidé, il y a quelques jours (2), qu'il y avait lieu de créer un *Institut municipal pour les jeunes aveugles des deux sexes*, âgés de moins de 12 ans; — vous avez décidé également qu'il y avait lieu de créer deux *écoles dispensaires municipales* pour les *enfants rachitiques*

---

(1) Théorie bizarre: le Conseil municipal émet des vœux indiquant des réformes à réaliser, il vote des subventions en demandant à l'Administration de les appliquer à la réalisation de ses vœux. L'Administration et son Conseil de surveillance ne tiennent aucun compte des vœux et des désirs du Conseil municipal.

(2) Séance du 8 juin (voir les *Procès-verbaux*, p. 997, et notre *Rapport sur l'asile de la rue Lecourbe*, n° 44).

et difformes (1); — M. le Préfet tiendra certainement compte de ces votes et vous soumettra des propositions: voilà donc deux catégories des enfants visés qui seront convenablement secourues et qui restreindront le projet d' « hospice de petits incurables », en supposant qu'il soit reconnu nécessaire. Après avoir reproduit l'avis du Conseil de surveillance, M. le Préfet ajoute:

« J'estime que l'on pourrait n'exécuter, quant à présent, ce plan que partiellement, en ajournant les parties les moins urgentes et subdiviser aussi les crédits à ouvrir de façon à les échelonner sur plusieurs exercices, sans qu'il en résultât une obligation envers l'Assistance publique, si la situation budgétaire était trop obérée.

« La dépense, s'il faut la prélever sur de nouvelles prévisions budgétaires, ne pourrait, d'ailleurs, être couverte que par les fonds de l'emprunt *ou par un prélèvement total ou partiel sur le* reliquat de la subvention de trois millions accordée sur le Budget de 1883. Le Conseil de surveillance propose, il est vrai, une série de travaux qui absorberaient cette somme et au delà ; *mais les projets énumérés dans ce programme ne sont appuyés ni de plans ni de devis et n'ont pas été soumis encore au Conseil municipal.* »

Votre Commission, Messieurs, en face d'un projet dont l'urgence est reconnue, que vous réclamez depuis le mois de février 1878, mais pour lequel le Conseil de surveillance n'a pas indiqué d'imputation de crédit, contrairement à la règle, s'est demandé comment il pourrait être procédé à l'exécution de la première série de travaux, la plus importante en réalité. Elle a trouvé dans le dernier passage du mémoire de M. le Préfet une première indication. *L'année est à moitié écoulée, l'Administration de l'Assistance publique n'a pas encore soumis au Conseil UN SEUL PROJET de travaux pour l'emploi des trois millions que vous lui avez donnés au mois de décembre;* en conséquence, votre Commission vous propose de prélever 960.261 fr. 91 c. sur cette subvention extraordinaire.

Pour faire face aux dépenses de la première série de travaux, il reste à trouver 600.000 francs. La Commission a consulté M. le Préfet et M. le Directeur des Finances, et tous deux ont reconnu qu'il était possible de prélever, à titre de nouvelle subvention municipale extraordinaire à l'Assistance publique, une somme de 600.000 francs, sur les excédents disponibles de 1882.

En ce qui concerne *l'ameublement* des bâtiments qui seront

(1) Séance du 26 juin.

construits avec ce premier crédit, une partie notable sera fournie par la section actuelle, une autre partie tels que bancs, tables pour les réfectoires, mobilier scolaire pourra être faite par l'atelier de menuiserie des enfants (1), et, quant au reste, l'Administration pourra y pourvoir facilement à l'aide des reliquats disponibles à la fin de l'exercice 1883.

Votre Commission vous demande encore : 1° D'insister auprès de M. le Préfet pour qu'il fasse remplir avec promptitude toutes les formalités, afin que les travaux puissent être commencés à la fin du mois d'août, et 2° d'inviter M. le Directeur de l'Assistance publique à prendre les mesures les plus énergiques pour que les travaux votés par le Conseil municipal soient exécutés avec plus de rapidité.

Si, comme votre Commission l'espère, vous adoptez, Messieurs, le projet dans son ensemble et si vous votez les crédits indispensables à l'exécution de la première partie, vous aurez permis à l'Administration de l'Assistance publique de secourir efficacement le contingent le plus nombreux de la population enfantine désignée généralement, mais à tort, sous le nom d'*enfants incurables*.

Paris, le 25 juin 1883.

Le Rapporteur,
BOURNEVILLE.

NOTE. — Nous devons rappeler au Conseil que la création de la section des enfants rendra disponibles, dans l'ancienne section, tous les locaux occupés aujourd'hui par les enfants, ce qui donnera près de *cents lits aux adultes* (en plus de ceux qu'ils occupent) et permettra d'améliorer sérieusement la *section des épileptiques adultes*.

Le Conseil municipal approuva les conclusions de notre rapport dans sa séance du 29 juin 1883. M. Oustry, préfet de la Seine, et M. Vergniaud, secrétaire général, eu-

(1) L'Administration nous a donné le maître de menuiserie à la fin de septembre 1882 ; il a eu d'abord : six élèves ; il en a 14 comme nous l'avons dit ; 7 travaillent le matin, 7 le soir. Dès qu'il pourra être installé dans les ateliers neufs, nous pensons pouvoir lui donner quatre autres enfants ; mais bien que cette nouvelle organisation ne date que de huit mois, elle a produit d'excellents résultats. Nous avons fait évaluer aussi exactement que possible — ce qui n'avait pas lieu auparavant — le travail des élèves menuisiers par M. Bussy, inspecteur-architecte ; voici les chiffres qu'il nous a donnés : 4e trimestre de 1882, 388 francs ; — 1883 : janvier, 268 francs ; février, 248 francs ; mars, 295 francs ; avril, 340 francs ; mai, 336 francs. — Total du 1er octobre au 31 mai : 1,815 francs.

rent l'obligeance, conformément aux désirs du Conseil municipal, de presser toutes les formalités administratives et l'adjudication fut faite le 18 août. Le 27 septembre, les terrassiers commençaient les tranchées pour les fondations du premier bâtiment, celui des réfectoires. (Voir le n° 85 du PLAN.)

Quelques semaines plus tard, M. Gallois dut les faire suspendre craignant que le terrain, situé au-dessus d'anciennes carrières, n'offrit pas assez de résistance, et réclama un examen de ces carrières par le *service des mines*. M. Alphand fit procéder avec rapidité à cet examen et, le 12 novembre, nous recevions copie d'un rapport de M. l'ingénieur des mines Rigaud, rapport dont nous extrayons le passage suivant :

« Les travaux de reconnaissance et de consolidation à exécuter à l'hospice de Bicêtre sont en cours d'exécution et poursuivis avec activité. D'après la connaissance générale acquise, dès à présent, on peut sans inconvénients commencer les travaux extérieurs des bâtiments du réfectoire, les consolidations sous ce bâtiment devant être terminées dans une quinzaine de jours. D'une façon générale, on peut entreprendre immédiatement tous les travaux de la surface, sauf ceux du bâtiment élevé d'un étage (voir n° 104 du PLAN) situé en partie sur deux carrières superposées et dont l'exécution anticipée pourrait occasionner des travaux en sous-œuvre qu'il conviendrait d'éviter autant que possible (1). »

Rassuré par ces déclarations, M. Gallois donna l'ordre de reprendre les travaux à la fin de décembre. Grâce à un hiver très doux, ils purent être poursuivis sans arrêt sérieux et quelques-uns des bâtiments étaient arrivés, au mois de mars 1884, à un degré d'avancement suffisant pour qu'on fût assuré de mener la première série des travaux à bonne fin sans avoir besoin de nouveaux crédits. Nous appuyant sur ce fait après entente avec M. Imard, inspecteur de Bicêtre, et M. Gallois, architecte, nous avons pensé qu'il y avait lieu de demander à l'Administration d'employer à la continuation de l'œuvre les bénéfices de l'adjudication qui s'élevaient à la somme de 428,000 fr.

---

(1) La dépense des travaux de consolidation s'est élevée à 45·853 fr.

Un autre motif nous y engageait : c'était l'encombrement de plus en plus considérable des salles de la vieille section et du Bureau d'admission de l'Asile clinique (Sainte-Anne), qui nous démontrait, dès lors, l'insuffisance immédiate des bâtiments en cours d'exécution. En conséquence, le 24 mars, nous avons adressé à M. Ch. Quentin une lettre dans laquelle nous le priions d'appliquer les bénéfices de l'adjudication à la construction de *deux nouveaux pavillons* à usage de *dortoirs* (40 lits chacun), et, s'il y avait lieu, du *quartier des cellules* ou du *pavillon d'isolement* pour les maladies contagieuses.

Le 9 avril, M. Quentin nous répondit que le boni n'était pas, ainsi que nous le pensions, entièrement disponible. « Il est *tout d'abord* destiné, écrivait-il, à faire face aux dépenses que nécessitera l'*ameublement des nouveaux bâtiments* ; il peut aussi être appelé à suppléer à l'insuffisance de la réserve pour imprévus de l'opération, réserve assez fortement entamée déjà du fait des travaux de consolidation des carrières qui ne paraissent pas toucher à leur terme. »

Cette réponse, qu'on faisait signer à M. Ch. Quentin, reposait sur une série d'erreurs : 1° Le Conseil municipal, en votant une somme de 1,560,261 fr., avait nettement spécifié que les dépenses d'ameublement seraient prélevés sur les reliquats disponibles des subventions municipales antérieures transportées au budget de 1883 ; — 2° les dépenses occasionnées par les travaux de consolidation des carrières, à la date d'avril, étaient de 26,000 fr. alors que la réserve pour imprévus était de 136,087 fr. Ces faits sont évidents. Il résulte de là que M. Ch. Quentin avait été trompé. Les événements ultérieurs vont en fournir la preuve, et lui-même écrira que ce qu'il déclarait inexécutable l'était au contraire facilement. Nous devons ajouter qu'il ignorait alors complètement quelle était la dépense qu'entraînerait l'ameublement, et que notre lettre eut au moins l'avantage de lui faire donner l'ordre de *préparer les devis de l'ameublement* (9 avril 1884) (1).

---

(1) Le 31 décembre 1884, les devis de l'ameublement, envoyés par l'économe le 10 juin, dormaient encore dans les cartons de l'Administration.

En présence de ce mauvais vouloir de l'Administration, nous avons dû recourir à l'Administration préfectorale, qui, elle, était beaucoup mieux au courant de la situation du service des enfants tant à Bicêtre qu'à l'Asile clinique. En effet, M. Roux, sous-directeur des affaires départementales, M. Babut, chef de division du service des aliénés, et M. Leclère, chef de bureau, avaient visité à différentes reprises l'ancienne section et constaté la marche des travaux de la nouvelle. Aidé par eux, nous avons obtenu le concours bienveillant de M. Poubelle, préfet de la Seine, qui invita l'Administration de l'Assistance publique à employer les bonis de l'adjudication à la continuation des travaux. Les atermoiements de l'Assistance publique durent prendre fin après la visite faite à Bicêtre, le 3 juillet 1884, par M. le Préfet et par la Commission de surveillance des asiles d'aliénés. L'Administration de l'Assistance publique se décida à inviter l'architecte à préparer les devis (1).

L'architecte s'empressa d'obéir, et en quelques jours déposa son travail; mais l'Administration de l'Assistance publique s'y était prise de telle façon, que l'affaire ne put être présentée assez tôt au Conseil de surveillance pour être examinée par lui et envoyée au Conseil municipal, *avant* les vacances du mois d'août. Ce ne fut donc que le 21 octobre que l'affaire fut soumise au Conseil de surveillance. Dans son mémoire à ce Conseil, après avoir résumé l'état des travaux, M. Quentin continue en ces termes :

« Les adjudications qui ont eu lieu pour l'exécution des travaux ont produit, en effet, un boni de 428,339 fr. 54 sur la somme de 1,560,261 fr. 91 montant total du devis. Il suffirait donc que l'administration fût autorisée à disposer d'une partie de ce boni des rabais. J'ai, en conséquence, fait préparer par l'architecte un devis pour la construction, à l'emplacement indiqué, de deux nouveaux dortoirs de quarante lits, avec quatre galeries qui les relieraient aux bâtiments déjà existants, ainsi que pour la remise en état du sol entre les nouveaux bâtiments et les travaux de canalisation de toute espèce à travers les cours d'isolement. Ce devis s'élève, avant rabais, à la somme de 338,785 fr. 62, savoir :

(1) *Procès-verbaux de la Commission de surveillance des asiles de la Seine*, 1884, p. 109, 123, etc.

2 bâtiments à raison de 135,686 fr. 48 l'un (chiffre prévu au devis primitif).	271.372 f. 96
2 galeries de gauche, à raison de 10,493 fr. 12 l'une.	20.986 24
2 galeries de droite à raison de 9,704 fr. 02 l'une	19.408 04
Travaux extérieurs.	27.018 38
Total. . . . . :	338.785 62

Mais, par suite de l'application des rabais des entrepreneurs, la dépense et par suite le prélèvement à autoriser se trouveraient réduits effectivement à 228, 547 fr. 85.

M. V. Goupy fut chargé du rapport, qu'il fit dans la séance du 6 novembre. Le dossier réclamé aussitôt par M. Bourgeois, secrétaire général de la préfecture de la Seine, fut introduit au Conseil municipal le 17 et notre ami, M. G. Robinet, fit un rapport conforme dans la séance du 24 novembre. M. Poubelle fit remplir de suite toutes les formalités nécessaires, et le 8 décembre, M. Gallois faisait commencer les travaux de terrassement des deux nouveaux bâtiments.

C'est grâce au concours bienveillant de MM. Goupy, Bourgeois, Robinet et finalement de M. le Préfet de la Seine, qui tous avaient tenu à se rendre compte par eux-mêmes de l'utilité des travaux, que cette nouvelle portion du projet a pu être ordonnée dans un délai aussi court que possible. Les travaux ont été conduits avec célérité ; quelques-uns des bâtiments sont sur le point d'être terminés, tous le seront dans le courant de 1885 (1).

(1) Les devis du service des bains de pieds ont été envoyés le 9 septembre 1884 et autorisés le 10 octobre. Les modifications reconnues nécessaires dans le plan primitif du service des gâteux, ont été autorisées le 27 octobre 1884. C'est à l'intervention personnelle de M. Bourgeois, que nous avons dû le prompt accomplissement des formalités administratives.

IV.

Encombrement du bureau d'admission de l'asile clinique (Sainte-Anne). — Essai d'assistance a domicile. — Installations provisoires dans la nouvelle section.

Le département de la Seine ne disposant pas de places suffisantes à la Salpêtrière pour les filles idiotes, épileptiques, etc., à Bicêtre et à la colonie de Vaucluse pour les garçons, il en résulte un encombrement inévitable du Bureau d'admission où les enfants ne devraient que passer pour être enregistrés. De temps en temps, afin de le dégager, on accepte des malades en supplément à Bicêtre et à la Salpêtrière. Lorsque l'encombrement est arrivé à un certain degré, les hospices refusent les malades; mais le Bureau d'admission ne peut agir de même; il est obligé de recevoir les enfants et, après avoir installé des lits supplémentaires dans les dortoirs au point de ne laisser aucun intervalle entre les lits, il a fallu en installer chaque soir dans les couloirs. De là une gêne énorme dans le fonctionnement du service, une promiscuité fâcheuse pour les enfants, une situation intolérable au point de vue de l'hygiène.

Nous avons tiré de cet état de choses, un argument puissant en faveur de la campagne que nous avons entreprise en 1878 et poursuivie jusqu'à ce jour, en faveur d'une réforme complète dans l'*assistance des enfants idiots* des deux sexes, et notamment pour l'agrandissement de la section de la Salpêtrière et la création d'une section spéciale à Bicêtre (1).

(1) Voir nos *Rapports au Conseil général sur le service des aliénés* et *Procès-verbaux de la Commission chargée d'étudier la réorganisation de la colonie d'enfants idiots à l'asile de Vaucluse.*

Les embarras occasionnés par cet encombrement à l'administration départementale, l'ont amenée à s'intéresser vivement à la prompte exécution des travaux de notre section et à nous aider efficacement à vaincre le mauvais vouloir persistant du chef-lieu de l'Assistance publique. Et, dans le courant de l'année, elle signala à l'Administration de l'Assistance publique la nécessité, tout en pressant l'ensemble des travaux, d'achever rapidement le premier des bâtiments, celui des réfectoires, afin d'y installer provisoirement 40 lits pour dégager le Bureau d'admission. Toutefois, l'encombrement marchant plus vite que les travaux, l'Administration départementale fut amenée à faire un essai d'*assistance à domicile*. Elle rendit un certain nombre d'enfants à leurs familles en accordant à celles-ci un secours quotidien variant de 1 fr. 50 à 2 francs, suivant les cas (1).

Cette mesure, bien entendu, ne peut et ne doit être que *temporaire*. Voici pourquoi : L'*assistance à domicile*, suivant nous, a le pas sur tout autre mode d'assistance, chaque fois que l'assisté jouit de ses facultés intellectuelles, est capable encore de rendre quelques services à sa famille, ou est atteint d'une maladie ou d'une infirmité qui, par sa nature, n'exige pas des soins continus, une surveillance rigoureuse, en un mot, tant que l'assisté n'immobilise pas un des membres actifs de la famille. Or, tel n'est pas le cas des enfants idiots, imbéciles, épileptiques, hystériques, paralytiques, etc. Pour eux, l'assistance à domicile, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, est mauvaise, car le spectacle de ces enfants et de leurs crises, les impulsions auxquelles ils sont sujets, ont de nombreux et graves inconvénients pour leurs frères et sœurs ; parce qu'ils sont une source permanente de discussions, une cause continuelle d'émotions ; parce qu'ils ne peuvent recevoir dans la famille pauvre ou peu aisée, les soins et l'instruction nécessaires ; enfin, parce qu'ils immobilisent l'un des membres de la famille et augmentent sa misère. La société a donc le devoir de les assister dans des asiles spéciaux et de mettre en œuvre tous les moyens

---

(1) *Procès-verbaux de la Commission de surveillance des asiles*, janv. 1884, p. 14.

dont dispose la science pour les améliorer. Laisser ces malades *séjourner* dans leurs familles, c'est en faire des incurables qui tomberont à la charge de l'Assistance à une époque où il sera impossible de les améliorer, de les placer dans une situation qui leur permette d'atténuer, dans une certaine mesure, les sacrifices qu'on s'impose pour eux.

L'Administration départementale comprenait parfaitement que cette mesure ne constituait qu'un palliatif et, encouragée par la Commission de surveillance des asiles de la Seine, multipliait ses invitations à l'Administration de l'Assistance publique de mettre le plus vite possible à sa disposition des lits dans l'un des bâtiments de la nouvelle section (lettres du 30 avril, du 5 mai et du 5 juin 1884).

L'exposé suivant montrera une fois de plus les résistances de cette administration aux désirs de l'Administration départementale. Voici d'abord un extrait du *Procès-verbal* de la séance du 10 juin 1884, de la Commission de surveillance des asiles (p. 62).

« M. le Dr BOURNEVILLE rappelle qu'en raison de l'encombrement qui existe dans les quartiers d'enfants idiots, tant à Bicêtre qu'au bureau d'admission de l'Asile Sainte-Anne, la Commission de surveillance à émis le vœu, dans sa séance du 6 avril dernier, que l'Administration intervînt auprès de M. le Directeur de l'Assistance publique, pour l'engager à approprier l'un des bâtiments de la nouvelle section d'enfants à Bicêtre, où il n'y avait plus alors que les carreaux à poser et des lits à y placer. Actuellement le gros œuvre de plusieurs autres bâtiments est terminé. L'architecte de Bicêtre, que M. Bourneville a vu à ce sujet, lui a répondu qu'il n'avait pas encore reçu d'instructions pour le complet aménagement de ces bâtiments. M. Bourneville ajoute qu'en attendant ces instructions il a fait confectionner, par les ateliers d'enfants de Bicêtre, un certain nombre de lits de sangle, des tables scolaires, etc. Il demande ce qui arrête ces travaux dont l'exécution est d'une extrême urgence, ainsi que l'ont reconnu le Conseil municipal et le Conseil général en les votant. Le vœu de la Commission de surveillance est non moins urgent, puisqu'il permettrait de désencombrer le bureau d'admission, en envoyant les enfants à Bicêtre, au lieu de les laisser sans traitement à Sainte-Anne. Il y a là une question d'humanité.

« M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA PRÉFECTURE répond que le vœu de la Commission a été aussitôt transmis dans les

termes les plus pressants à M. le Directeur de l'Assistance publique.

« Ce fonctionnaire a répondu, le 19 mai dernier, que son administration peut activer la terminaison des travaux et aménager dès à présent le premier corps des bâtiments, mais qu'en dehors de la question d'organisation matérielle il existe certaines considérations financières sur lesquelles il croit utile d'appeler toute l'attention de M. le Préfet. Il expose qu'aucun crédit n'a été prévu en 1884, pour l'entretien de nouveaux enfants ; or, en fixant au 1er juillet prochain l'ouverture partielle de la nouvelle section et en calculant le prix de journée, à 2 fr. 55, prix de revient selon lui, les cinquante lits occasionneraient pour le 2e semestre de 1884, une dépense de 28.460 fr., à laquelle viendraient s'ajouter les frais du personnel supplémentaire nécessité par le fonctionnement du nouveau service.

« Le Directeur ajoute que l'Assistance publique ne parvient à équilibrer son budget qu'avec les plus grandes difficultés, et que les crédits ne présentent jamais de reliquats disponibles permettant de faire face à des dépenses imprévues. Il conclut que, dans ces conditions, il lui serait complètement impossible de supporter les frais résultant du séjour à Bicêtre des cinquante nouveaux enfants dont l'hospitalisation immédiate est demandée.

« M. le Préfet a répondu, le 5 juin présent mois, que, « quel que soit le désir de l'Administration préfectorale de remédier à l'encombrement du bureau d'admission de Sainte-Anne ainsi que du quartier actuel de Bicêtre, et de couper court à toute difficulté en permettant de compenser l'excédent de dépense par une augmentation égale de recette, il ne saurait, en l'absence d'un vote du Conseil général, trancher la question d'augmentation du prix de journée ». « En attendant, ajoute-t-il, j'ai la confiance que l'*intérêt des malades passera pour vous comme pour moi, avant toute autre considération*, et que vous voudrez bien donner des ordres pour l'aménagement *immédiat* du nouveau bâtiment sur le point d'être terminé, dans le service de M. le Dr Bourneville». M. le Directeur de l'Assistance publique n'a pas encore répondu à cette lettre, très récente du reste (5 juin).

« M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne l'assurance que, tout en tenant compte de la part de responsabilité que la loi de 1849 fait peser sur M. le Directeur de l'Assistance publique, l'administration préfectorale usera de tout son pouvoir pour que le vœu si légitime de la Commission reçoive une prompte satisfaction.

« M. le Dr BOURNEVILLE prend acte de la promesse de M. le Secrétaire général et il pense avec lui que l'intérêt des malades doit primer les considérations d'ordre financier. »

Le 17 juin, l'Administration de l'Assistance publique, comprenant la leçon que M. le Préfet venait de lui donner, en lui rappelant que *l'intérêt des malades l'emporte sur toute autre considération*, envoyait à la Préfecture la lettre suivante :

« Par dépêche du 5 juin, M. le Préfet de la Seine m'a exprimé le désir que l'Administration aménageât immédiatement le bâtiment sur le point d'être terminé de la nouvelle section d'enfants idiots à Bicêtre. J'ai l'honneur de faire savoir à M. le Préfet que *j'ai demandé, il y a* UN MOIS DÉJA, *au directeur de Bicêtre, de faire dresser un devis* pour l'aménagement intérieur du corps de bâtiment dont il s'agit ; *je lui adresse,* AUJOURD'HUI *même, une lettre de rappel,* pour l'inviter à me transmettre ces devis sans aucun retard. »

On aurait pu espérer, après des promesses aussi formelles, qu'il allait être rapidement donné satisfaction aux désirs de M. le Préfet. Eh bien, chose incroyable, ces promesses n'ont été suivies d'aucun effet. Seize jours après, le 3 juillet, M. le Préfet venait, avec la Commission de surveillance des asiles, visiter la nouvelle section et se rendre compte par lui-même de la suite donnée à ses demandes. Se trouvant dans le bâtiment des réfectoires, il s'est informé si c'était là le bâtiment où son Administration avait réclamé l'installation provisoire d'une cinquantaine de lits, afin de débarrasser le Bureau d'admission. Cette question a donné lieu à l'incident suivant que nous reproduisons, d'après le *Procès verbal* de la séance du 3 juillet de la Commission de surveillance (p. 109) :

« M. le D[r] BOURNEVILLE répond affirmativement, et, au sujet des mesures prises, il demande, devant M. le Préfet, M. Roux, M. Leclère et quelques membres de la Commission, à M. le Directeur et à M. l'Econome de Bicêtre, s'ils ont reçu des ordres, il y a un mois, de s'occuper du devis nécessité pour l'installation de 50 lits provisoires et si, il y a une huitaine de jours, l'Administration de l'Assistance publique les a invités de nouveau à s'occuper sans délai de cette installation.

« M. le DIRECTEUR et M. l'ECONOME de Bicêtre ont répondu qu'ILS N'AVAIENT REÇU AUCUN ORDRE POUR L'INSTALLATION DE LITS DANS LE BATIMENT DES RÉFECTOIRES, *ni il y a un mois, ni il y a huit jours.* »

Le 16 juillet, M. Roux, sous-directeur des affaires départementalos, soumettait à M. le Préfet une nouvelle lettre au Directeur de l'Assistance publique, se plaignant de ce que les engagements pris n'avaient pas été tenus et réclamant de nouveau l'installation des lits. M. le Préfet fut d'avis que, avant de l'expédier, M. Roux s'assurât de la situation. Dans ce but, le lendemain (17 juillet) il se rendit à Bicêtre, constata que rien n'avait été fait ; puis il se rendit auprès de M. le Directeur de l'hospice et lui demanda s'il avait enfin reçu l'ordre de procéder à l'installation des lits. M. le Directeur de l'hospice, à son grand regret, fut obligé de déclarer qu'il n'avait pas reçu d'ordre. M. le Préfet n'avait plus de raison de retarder l'envoi de sa lettre impérative. Elle atteignit le but. Le 19 juillet, M. l'inspecteur Imard venait à Bicêtre avec l'ordre de s'entendre avec nous sur deux points : 1° Installation d'un service d'enfants dans le bâtiment des réfectoires ; 2° installation d'un service de cholériques pour toute la division des aliénés dans le bâtiment des classes.

Après avoir examiné les mesures à prendre avec M. le Directeur, l'Econome de l'hospice et M. l'architecte Gallois, nous fûmes tous d'accord pour reconnaître qu'il était possible de recevoir, le 22 ou le 23 juillet, des enfants dans le bâtiment des réfectoires et, le 24 ou le 25 juillet, des cholériques dans le bâtiment des classes. Le même jour, M. Imard faisait un rapport dans ce sens à M. le Directeur de l'Assistance publique. Dès le lendemain on se décidait à faire de force ce qu'on aurait dû accomplir dès le début de bonne grâce : les lits provisoires étaient placés et le Bureau d'admission envoyait 10 enfants le 22 juillet, 10 le 24, 10 le 26, 9 le 28 et 6 le 6 août.

Ce jour-là, après avoir fait connaître à la Commission de surveillance ces envois successifs de malades, nous ajoutions : « Cette mesure a permis de dégager en partie le Bureau d'admission de l'Asile clinique (Ste-Anne), excessivement encombré par les enfants. Il est à regretter que l'Assistance publique ait mis un si long temps à répondre à vos désirs et à ceux de l'Administration. Quant aux procédés de l'Assistance publique, vous les avez appréciés comme ils le méritent (1). »

(1) *Procès-verbal* du 6 août 1884, p. 122.

Ces procédés sont, en effet, véritablement inqualifiables. Et, si nous n'avions pris soin de citer le texte même des documents officiels, on nous taxerait d'exagération. Malheureusement pour l'Administration de l'Assistance publique, ces citations la condamnent. La responsabilité en incombe, beaucoup plus en apparence qu'en réalité, à M. Ch. Quentin. Il signait, croyons-nous, les pièces sans se rendre compte par lui-même. Il a été trompé par celui auquel il confiait la rédaction des réponses à M. le Préfet de la Seine. Et ce fonctionnaire qui, connaissant les engagements de son chef, oubliait à dessein de donner les ordres d'exécution, faisait mépris des instructions du Préfet de la Seine et plaçait au-dessus des intérêts des malades la satisfaction de ses rancunes personnelles, de son dépit d'avoir vu remplacer le projet déplorable qu'il avait conçu par un projet qui avait reçu l'approbation de tous, n'est autre, il est triste de le dire, que le secrétaire général de l'Assistance publique, M. Brelet.

La section des enfants idiots, aliénés et épileptiques de Bicêtre au Conseil municipal.

Dans ses dernières séances de décembre et notamment dans la séance du 31 décembre, le Conseil municipal a discuté le rapport de M. G. Robinet sur le budget de l'Assistance publique pour 1885. Nous extrayons de cette très intéressante dscussion la partie relative à la construction, à Bicêtre, du service spécial pour les enfants idiots, imbéciles, arriérés, aliénés, épileptiques et hystériques, en d'autres termes, pour la portion la plus importante des *enfants dits incurables*.

M. DESPRÉS.— Depuis trois ans, l'Administration de l'Assistance publique a un budget extraordinaire variant de 5 à 3 millions (1).

(1) Nous avons été chargé du *Rapport sur le budget de l'Assistance publique* pour les années 1878, 1879, 1880, 1881 et 1882. Avec l'aide de nos amis, notamment de MM. P. Dubois, de Héredia, Lafont et Thulié, nous avons obtenu : 1° que l'hôpital temporaire, qui devait disparaître et dont les terrains devaient revenir à la Ville, fût maintenu à titre définitif sous le nom d'hôpital Laënnec ; — 2° une subvention extraordinaire de 6 millions en 1881 ; — 3° une subvention extraordinaire de 3 millions en 1883 ; elle n'a pas été plus forte parce que l'Admininistration n'avait pas su employer la subvention précédente ; 4° une subvention extra-

Le Conseil ne doit pas oublier que cette subvention extraordinaire est due à l'influence d'un ancien membre de cette Assemblée, chef d'un service qui a coûté 5 millions. Et je prétends qu'il n'est pas moral de faire des dépenses aussi folles pour un seul service, alors que sans dépenser davantage, vous auriez pu créer un grand nombre de places dans les hôpitaux. (Bruit, protestations).

M. CHAUTEMPS. — Adressez-vous donc au Conseil et non à ses anciens membres.

M. ROUZÉ. — On n'attaque pas les absents!

M. DESPRÉS. — Il existe encore au budget nouveau de l'Assistance publique un crédit de 1,200,000 francs pour compléter le service des épileptiques à Bicêtre.

M. PIPERAUD. — Et c'est nécessaire.

M. DESPRÉS. — Avec les 5 millions dépensés à Bicêtre, vous auriez pu créer des places dans vos hospices. Le devoir de l'Administration de l'Assistance publique et du Conseil est de résister aux entraînements et aux sollicitations d'hommes qui, en raison de leur situation, peuvent vous amener à des dépenses excessives. C'est pourquoi je supplie le Conseil de refuser de voter jusqu'à nouvel ordre un budget extraordinaire.

M. DELHOMME. — Mais ni l'Administration ni la Commission ne proposent de le voter.

M. DESPRÉS. — En ce moment, l'Administration de l'Assistance publique doit faire l'inventaire de ce qui a été fait, elle doit rechercher quels sont ses besoins nouveaux et ne la lancez pas, par l'allocation d'une subvention extraordinaire, dans des constructions ruineuses (Interruptions). Rappelez-vous que le nouvel Hôtel-Dieu a coûté 80 millions aux pauvres de Paris. L'empire, en effet, a voulu introduire la politique jusque dans l'hôpital; il a tenu à le placer à l'ombre de Notre-Dame. Peu lui importait la dépense! Eh bien, Messieurs, je vous conjure de ne pas l'imiter.

M. MAURICE BINDER. — Faites donc aussi bien que l'Empire! (Très bien! à droite.) (1).

M. DESPRÉS. — En 1866, M. Hausmann a contraint l'Assistance publique à aliéner une partie de ses biens et de ses revenus pour payer les frais de cet hôpital luxueux, mais qui ne contient que la

---

ordinaire de 600.000 fr. en 1883. Malgré les critiques de M. D..., nous croyons encore aujourd'hui avoir rendu, à cet égard, de réels services à l'Assistance publique et ne pas avoir engagé le Conseil dans une mauvaise voie.

(1) Nous avons démontré bien des fois que l'Empire avait gaspillé l'argent de l'Assistance publique et des contribuables dans les constructions de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital de Berck et qu'il avait laissé *tous* les établissements hospitaliers dans un état déplorable, ce qui a nécessité précisément des subventions extraordinaires et en nécessite encore. Quant à la comparaison de M. Desprès, elle ne tient pas. — L'Hôtel-Dieu a été la construction hospitalière la plus *coûteuse* ; la construction de la nouvelle section sera, au contraire, l'une des constructions hospitalières les plus *économiques* : bien et bon marché.

moitié des lits de l'ancien Hôtel-Dieu. Ne votez donc d'allocation extraordinaire qu'en cas d'urgence et de nécessité et n'écoutez pas ceux qui veulent vous faire jeter les millions dans les services dont ils sont les chefs. (Violentes interruptions). Et il s'agit de moi comme des autres. Si jamais je vous demandais quoi que ce soit pour l'hôpital de la Charité, vous auriez le droit et le devoir de me le refuser.

M. PICHON. — Ce sont les sœurs qu'on devrait vous refuser. (Très bien !)

M. LE RAPPORTEUR. — Je ne répondrai pas aux observations de M. Desprès en ce qui concerne la subvention extraordinaire qu'il propose comme nous de ne pas accorder. Mais je tiens absolument à répondre aux attaques portées par lui contre un de nos anciens collègues, M. le docteur Bourneville, qu'il a désigné assez clairement. M. Desprès a produit des chiffres inexacts : il est faux que le service des enfants idiots et épileptiques ait coûté 6 millions.

M. DESPRÉS. — 5 millions.

M. LE RAPPORTEUR. — Vous avez dit six. Les dépenses prévues pour l'exécution totale du projet sont évaluées à 2,880,000 fr. L'adjudication a donné un boni de près de 500,000 francs ; nous avons décidé, il y a un mois, la construction de deux nouveaux pavillons pour 200,000 francs sur les bonis, soit au total 1,562,000 francs. Il y a loin de cette somme aux 6 millions de M. Desprès.

M. DESPRÉS. — Le projet de budget porte encore pour ce service un crédit de 1,200,000 francs.

M. LE RAPPORTEUR. — Vous faites confusion, mes chiffres sont absolument exacts, je les ai là sous les yeux dans le budget. J'ai le regret de constater que M. Desprès n'apporte ici qu'une animosité personnelle.

M. DESPRÉS. — Pas du tout.

M. LE RAPPORTEUR. — Pour en faire une fois de plus justice, je me bornerai à rappeler les termes du rapport que j'ai fait l'année dernière sur l'Assistance publique :

« Grâce à notre ancien collègue, M. Bourneville, qui, avec une persistance non interrompue et une connaissance approfondie du sujet, a su créer une organisation parfaite et un personnel admirablement instruit et dévoué, l'état des malheureux enfants est aujourd'hui bien amélioré. Grâce à lui, ces faibles d'esprit, au lieu de continuer à descendre jusqu'aux derniers degrés de l'abrutissement, sont relevés et très souvent guéris par l'étude, la gymnastique, le chant, et surtout le travail manuel.

« Il est absolument impossible de ne pas être profondément ému quand on a vu un pareil spectacle et une semblable transformation, et quand on a vu surtout la reconnaissance de ces petits déshérités envers leur bienfaiteur.

« Nous ne saurions trop dire, pour notre part, combien nous sommes heureux de pouvoir, avec un complet désintéressement, rendre un hommage public à ce collègue si distingué par son esprit scientifique et administratif qui, dans ces circonstances, nous le disons hautement, a créé là une œuvre de premier ordre.

« Nous espérons que notre approbation sera une compensation

aux critiques injustes et aux mauvais vouloirs dont notre collègue a été l'objet de différents côtés. »

SUR TOUS LES BANCS. — Très bien !

M. DESPRÉS. — Encore faut-il que tout ce bien ne coûte pas 5 millions. J'en fais autant et je ne coûte rien aux hôpitaux.

M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Després n'a pas fait seulement le procès du passé : il a fait aussi celui de l'avenir en mettant le Conseil en garde contre des projets ruineux qui pourraient lui être présentés par l'administration dans l'intérêt de médecins...

M. DESPRÉS. — Je n'ai pas dit cela.

M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — ... de médecins qui voudraient se satisfaire au détriment des finances de la Ville. L'Administration, Messieurs, je n'ai pas besoin de le dire, ne peut être soupçonnée de pareilles intentions.

M. LE RAPPORTEUR. — Tous les projets dont parle M. Després ont été présentés par l'ancienne administration de l'Assistance.

M. DESPRÉS — Vous savez comment.

M, CHAUTEMPS. — Expliquez-vous.

M. LE RAPPORTEUR. — Or, cette Administration, que je sache, n'était guère favorable à M. Bourneville. Ils ont été approuvés au Conseil de surveillance où les idées de notre excellent collègue sont loin d'avoir toujours la majorité, et enfin, ils ont toujours été acceptés par vous à une très grande majorité. Je répète donc que M. Després n'a fait qu'apporter ici une question personnelle. (Très bien !)

M. JACQUES. — Je ne suis pas à cette tribune pour discuter des actes auxquels le Conseil s'est associé. Si M. Bourneville en a pris l'initiative, le Conseil en a accepté la responsabilité et je l'en félicite (Très bien !)...

M. DESPRÉS. — Je n'ai pas l'habitude de dissimuler mes opinions. Si j'eusse voulu incriminer M. Bourneville lui-même, je l'eusse fait franchement.

M. DESCHAMPS. — Vous l'avez fait.

M. DESPRÉS. — J'ai voulu attirer votre attention sur les dépenses excessives que vous avez votées en faveur du service des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre. Si vous aviez visité ce service....

M. PICHON. — Nous l'avons visité.

M. DESPRÉS. — On a construit un pavillon, des ateliers, des annexes...

M. PIPERAUD. — ... qui étaient nécessaires.

M. DESPRÉS. — ... qui sont plus considérables que le bâtiment principal. Vous verriez ainsi que vous avez donné à un seul médecin plus de 5 millions, que vous allez lui donner encore 1,300;000 francs.

M. LE RAPPORTEUR. — 1,500,000 francs.

M. ROUZÉ. — Qu'importe ?

M. DESPRÉS. — C'est là de la mauvaise administration. Je l'ai dit à M. le Directeur : « N'écoutez pas les médecins, moi pas plus que les autres. »

M. PIPERAUD. — Le médecin disparaîtra; le service restera.

M. DESPRÉS. — Songez, Messieurs, que la plupart des fonds que vous avez ainsi employés appartenaient aux malheureux dont je suis, comme M. le Directeur de l'Assistance, qu'il ne l'oublie pas, le premier serviteur.

PLUSIEURS MEMBRES. — Pas plus que nous.

M. DESPRÉS. — Ne faites pas pour d'autres, je vous en conjure dans l'intérêt général, ce que vous ne feriez pas pour moi qui, d'ailleurs, ne vous le demanderais pas. J'y insiste: Ne croyez pas aux médecins outre mesure, aux administrateurs, aux architectes. Agissez de haut et faites ce que vous croyez bon sans consulter ceux qui peuvent être de près ou de loin intéressés dans la question.

Nous remercions M. Després de son intervention dans la discussion, car elle nous a valu de la part de nos anciens collègues et amis, des témoignages de sympathie si vifs et si nombreux, qu'ils nous récompensent de toutes les peines que nous nous sommes données pour réaliser des réformes d'une utilité incontestable et qui font honneur au Conseil municipal. Ceci dit, reprenons brièvement les faits. 1° M. Després affirme que le projet de construction de la section des enfants de Bicêtre a coûté six millions; puis il se reprend et n'accuse plus que *cinq millions*. Avant de parler, il aurait pu jeter un coup d'œil sur la délibération du Conseil municipal, prendre des renseignements. Examiner à fond une affaire avant de parler, n'entre pas dans les habitudes de M. Després. S'il l'avait fait, il aurait vu, ainsi que le lui a rappelé M. Robinet, que les dépenses totales de la section, pour 400 lits, sont évaluées à 2,880,000 fr.; que les crédits votés pour la première partie de l'opération (réfectoires, classes, service des gâteux, infirmerie, bains, entrée de la section et deux dortoirs) s'élevaient à 1,560,261 fr.; — que l'adjudication ayant donné un boni de 428,000 fr., l'Administration, sur notre proposition, a demandé au Conseil municipal d'affecter 228.547 fr. à la construction de deux nouveaux dortoirs. De telle sorte que, avec les 1.560.261 fr. votés par le Conseil (29 juin 1883), on aura construit l'entrée de la section, les réfectoires, le service de propreté pour le traitement du gâtisme, le service balnéo-hydrothérapique, les classes, huit dortoirs de chacun 20 lits, le bâtiment des gâteux (80 lits), l'infirmerie (24 lits). Pour compléter le service, qui doit avoir 400 lits, il reste à voter un crédit de 1.318.000 fr., destiné à la construction de préaux, de cellules, d'un service d'isolement pour les maladies contagieuses et de huit dortoirs (4 bâtiments) (1).

---

(1) Comme avec les bonis on a construit 2 pavillons en plus, il

2° La question de dépenses écartée, M. Desprès aurait dû voir si le projet voté par le Conseil répondait à des besoins réels. Deux moyens d'instruction s'offraient à lui : la lecture de mes rapports imprimés faits au Conseil général et au Conseil municipal et ensuite une visite au *service actuel* des enfants de Bicêtre. S'il avait lu mes rapports, il aurait vu que le vœu du Conseil général, auquel il va être bientôt donné satisfaction, date du mois de février 1878, *époque où je n'étais pas médecin de Bicêtre*, époque où rien ne faisait prévoir une prochaine vacance: ce n'est, en effet, qu'au mois d'octobre 1879 que j'ai pris possession du service. Ce n'était donc pas pour me faire un don personnel, m'accorder une faveur, mais bien pour donner satisfaction à des besoins réels, signalés depuis longtemps par des vœux réitérés réclamant des moyens d'assistance pour les *enfants incurables*, que le Conseil municipal a voté le projet que j'ai proposé après l'avoir soumis à M. Imard, inspecteur de Bicêtre, à M. Gallois architecte et au directeur de l'hospice. Mon projet est devenu une œuvre qui m'est commune avec ces messieurs et je ne puis que les remercier de ce qu'ils ont fait et font encore pour sa réalisation.

Si cette lecture des documents, dont il dispose, n'avait pas convaincu M. Desprès, il aurait pu se rendre à Bicêtre, visiter le service et surtout le visiter le matin, vers 7 ou 8 heures, peu après le lever des enfants. M. Desprès s'est bien gardé de se donner cette peine. C'est parce que les membres de la Commission d'Assistance publique du Conseil municipal ont vu cet ignoble service qu'ils ont déclaré qu'il fallait d'*urgence*, le remplacer par une nouvelle section. Tous les médecins français et étrangers, qui sont venus à Bicêtre, ont été unanimes à reconnaître que la section actuelle des enfants était dans un état honteux et qu'elle devait être radicalement transformée.

Nous serions heureux que cette nouvelle attaque de M. Desprès provoquât de nouvelles visites et nous avons la persuasion que tous les visiteurs donneront raison au Conseil municipal et le loueront d'avoir voté les constructions en cours d'exécution.

---

ne reste plus que 4 pavillons de dortoir à construire, ce qui réduit la dépense de 228.547 fr. et la ramène *au maximum* à un million. Ce million ajouté au 1.560.261 fr. formera un TOTAL de 2.560.000 fr. : il y a loin de là aux SIX MILLIONS de M. Desprès!

DEUXIÈME PARTIE

Clinique.

I

Épilepsie jacksonnienne

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Depuis les remarquables travaux de M. Hughlings Jackson sur la forme d'épilepsie à laquelle il a attaché son nom, un certain nombre de cas ont éte publiés par divers auteurs. Personnellement, l'un de nous, il y a déjà plusieurs années, en a recueilli deux très beaux exemples suivis d'autopsie, à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot.

Le premier relatif à une malade nommée Laulai..., âgée de 18 ans, a fait l'objet d'une communication à la *Société de biologie*[1], intitulée : *Contribution à l'étude des localisations cérébrales; observation d'hémiplégie cérébrale infantile spasmodique* (*épilepsie partielle*). Le second cas a été communiqué à la *Société anatomique* (séance du 28 juillet 1876) ; il avait pour titre : *Hémiplégie infantile suivie d'épilepsie partielle*; *état de mal épileptique; mort*; *foyer ancien intéressant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral*[2].

Le fait que nous allons rapporter peut être rapproché des précédents, il offre des particularités qui nous ont paru suffisamment intéressantes pour mériter d'être mis sous les yeux de nos lecteurs.

[1] Séance du 5 janvier 1876 (*Gaz. méd.*, 1876, p. 595).

[2] *Bulletin de la Societé anatomique*, 1876, p. 552-571.

Epilepsie jacksonnienne. — Hémiplégie gauche à dix ans. — Vertiges à quatorze ans. — Début des accès à dix-sept ans par un état de mal. — Aura du pouce gauche. — Père très nerveux, phthisique. — Grand'mère, tantes paternelle et maternelle mortes phthisiques. — Grands-pères paternel et maternel alcooliques. — Mère nerveuse. — Grand'mère maternelle morte d'une affection pulmonaire. — Sœur morte de convulsions. — Frère mort d'une imperforation de l'anus. — Bromure de potassium. — Armures magnétiques. — État de mal. — Mort.

Autopsie : Atrophie de l'hémisphère cérébral droit et de l'hémisphère cérébelleux du même côté. — Foyer ancien occupant les circonvolutions frontales, la frontale et la pariétale ascendantes, le pli pariétal inférieur, le pli courbe.

Grar... (François), né le 3 mars 1854, est entré à Bicêtre le 9 janvier 1879 (service de M. Bourneville).

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère*, 23 août 1881.) — *Père*, cinquante-trois ans, boulanger, maigre, d'une taille assez élevée; il n'aurait jamais fait d'excès de boisson; il est très nerveux (pas d'attaques); très doux de caractère; il fume peu; marié à vingt-un ans, il n'avait jamais fait de maladie grave jusqu'à ces derniers temps: mais depuis quatre ans, il est presque toujours malade; bronchite et catarrhe pulmonaire[1] : épistaxis fréquentes depuis deux ans; un peu d'acné faciale depuis un an. — [*Père*, mort à soixante-sept ans « un peu d'inconduite »; c'était un vieux soldat; il buvait beaucoup d'eau-de-vie; il avait quitté sa femme. — *Mère* morte à soixante-six ans, en 1852, d'un catarrhe pulmonaire; elle n'était pas nerveuse. — Un *frère* qui, pense-t-on, est en Amérique; — Cinq *sœurs*, dont quatre sont mortes jeunes et l'autre à quarante-sept ans, d'un catarrhe pulmonaire. Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, etc., dans la famille.]

Mère, trente-trois ans, ménagère, assez intelligente, sujette à des troubles digestifs et nerveux (gastralgie): depuis quinze ans, elle éprouve des *faiblesses* avec perte de connaissance et sueurs froides; pas d'attaques de nerfs, pas de migraines, pas de convulsions; surdité à gauche; affaiblissement de la vue à droite. [*Père*, charpentier, mort à quatre-vingt-deux ans, d'une *attaque de paralysie* gauche qui l'a enlevé en trois jours; il faisait des *excès de boisson* (bière et eau-de-vie). — *Mère*, ménagère, morte à soixante-sept ans, d'une affection pulmonaire avec ascite; quatre *sœurs* : une morte à quarante ans, de la poitrine, les autres bien

[1] Le 7 mai 1883, lors de la mort de notre malade, son père était en traitement à l'Hôtel-Dieu pour une « bronchite chronique ».

portantes, ainsi que leurs enfants; quatre *frères* vivants, bien portants; d'autres sœurs et frères sont morts jeunes, on ne sait de quoi (en tout dix-sept enfants, pas d'aliénés, etc.]. — Pas de consanguinité.

Cinq *enfants* : 1° fille morte à trois ans de *convulsions* en trois jours; elle était bien conformée et intelligente; — 2° fille mariée; elle est souffrante d'une affection vénérienne qui lui aurait été communiquée par son mari et pour laquelle elle est restée en traitement huit mois à l'hôpital Lourcine, salle Astruc; elle n'a pas eu de convulsions, est moins intelligente que les autres; n'a pas d'enfants; — 3° notre malade; — 4° fille, dix-neuf ans, très intelligente, très nerveuse, pleure et rit sans motif, n'a eu ni attaques ni faiblesses; elle est mariée et a un enfant d'un mois; — 5° garçon, mort à dix jours; il ne serait pas allé une seule fois à la selle et rendait des urines pleines de graviers jaunes; il était très gros. La mère pense, sans qu'on le lui ait dit, que cet enfant avait une *imperforation de l'anus.*

Notre malade. — *Grossesse* bonne jusqu'à sept mois et demi, où la mère a eu des chagrins à la suite de la mort de sa fille âgée de trois ans. *Accouchement* à terme, naturel. — A la *naissance*, l'enfant n'était pas cyanosé; il était assez fort; élevé au sein jusqu'à quatorze mois; il a été vacciné à deux mois. Grar..., quoique assez fort, eut alors du *pemphigus* aux bras et à la nuque, et cela jusqu'à sept mois; il a parlé vers dix à onze mois, a marché à dix-huit mois; il était très intelligent. A cinq ans, rougeole; onanisme. A dix ans, vomissements très abondants pendant trois jours, accompagnés de fièvre et d'un peu de délire; le médecin aurait dit que « ça sentait la fièvre typhoïde et la congestion cérébrale »; durée : trois mois. Lorsqu'il a quitté le lit, « *tout le côté gauche était en paralysie* »; on n'avait rien remarqué auparavant; on dut, pendant quelque temps le soutenir sous les bras pour le faire marcher; durant un an, il marcha en traînant la jambe; enfin, la marche redevint régulière. La main, à l'origine, était pendante; il ne pouvait rien tenir; « il oubliait sa main »; ce n'est que vers quinze ans qu'il a pu saisir les objets. On a remarqué que, tandis qu'il ne pouvait retenir les petits objets, il pouvait porter un sceau plein et le monter au premier étage, parce que les doigts formaient crochet; il était content de faire ce travail sous prétexte que *cela détendait son bras.* De onze à quatorze ans, Grar... ne se plaignait pas de la tête; il n'avait pas de migraines: le sommeil était régulier, calme; il n'avait pas de tics, n'éprouvait aucune douleur dans le côté paralysé.

A quatorze ans, *début des vertiges épileptiques* : les yeux tournaient toujours à gauche, « l'œil était presque couvert dans l'orbite, on ne le voyait pas ». Le corps tournait à gauche; il se produisait

comme une secousse du corps, il disait : « Maman, on me bat, tu vois on me donne des coups » ; il croyait voir des hommes tout noirs qui voulaient le battre ; il les voyait toujours à gauche. Il revenait à lui en quelques secondes, poussait un grand soupir et s'écriait : « Ah ! mon Dieu ! »

A partir de cette époque, Grar... se plaignit de douleurs de tête à peu près générales, mais principalement dans le côté gauche. Pendant un an, il eut des vertiges environ tous les deux ou trois jours, puis presque tous les jours pendant un mois ; « ses yeux tournaient presque tout le temps ; c'était comme des *convulsions internes* » : il ne tombait pas, la figure devenait « violacée, puis jaune après ». Le *bromure de potassium* aurait produit une légère amélioration.

A dix-sept ans, après avoir tourné sur le côté gauche, il tombait à terre toujours du côté gauche ; quelquefois, il disait : « Maman, je suis malade ! » et il sentait que l'accès débutait par le pouce de la main gauche. C'est alors seulement qu'on a pu arrêter les accès en renversant le pouce en arrière. En 1874, il eut des accès pendant vingt-trois heures sans reprendre connaissance

Les *convulsions prédominaient dans le côté gauche du corps* d'une manière évidente ; elles étaient plus fortes dans le bras et l'œil gauches que dans les parties correspondantes du côté droit. A la suite de cet *état de mal*, Grar... aurait été comme fou pendant un mois ; il ne reconnaissait que sa mère, ne parlait pas ou répétait : « Oh ! est-ce bête ! » Ses actes étaient « niais ». Il ne pouvait pas marcher ; on le promenait sur une chaise ; au bout de quinze jours, il a commencé à marcher très doucement, sans traîner la jambe gauche, qui était, disait-il, plus douloureuse que la droite. Un mois après l'état de mal, la raison et la marche étaient redevenues ce qu'elles étaient auparavant.

Les *accès* étaient diurnes et nocturnes ; leur chiffre maximum, en vingt-quatre heures a été de trois ; le plus long intervalle entre les accès, huit mois. Il avait des étourdissements fréquents, au plus séparés par un jour d'intervalle. Dans un accès, il a eu l'omoplate droite fracturée ; il a été à Lariboisière pendant plusieurs semaines (1872) ; sauf une plaie du sourcil gauche, c'est le seul accident grave qui lui soit survenu pendant les accès. Depuis son entrée à Bicêtre, il aurait eu trois fois des séries ; il se plaint souvent à sa mère de douleurs de l'œil gauche, de ne plus y voir de cet œil par moment ; un jour, à la fin d'un accès, il lui disait que son œil était sur l'oreiller. Vers 1876 ou 1877, étant à Paris, il aurait eu des *hallucinations de la vue*.

Pas de manifestations scrofuleuses ; en 1871, varioloïde ; pas de convulsions ni de vers dans l'enfance ; de dix à quatorze ans, il aurait présenté un arrêt de développement ; depuis il a grandi. Il n'au-

rait jamais fait d'excès de boisson, ni eu de rapports sexuels; depuis le début de sa maladie, il ne se livrerait plus à l'onanisme. Il n'était pas peureux.

L'intelligence aurait un peu baissé à partir de l'état de mal; toutefois, il fréquentait l'école du soir, et en 1878, il aurait eu le premier prix d'orthographe. Depuis son entrée à Bicêtre, les facultés intellectuelles auraient beaucoup diminué.

Aura. — Le malade paraît éprouver une véritable crainte (idée fixe, persistante que des distractions seules peuvent surmonter) de voir se fermer ses doigts et se fléchir son poignet, parce que cette flexion est l'indice d'un accès. C'est le pouce qui se fléchit le premier; les muscles de la région antérieure se contractent et sont pris de battements; la main se porte vers le bord radial, puis les doigts se crispent; l'avant-bras, le bras se contracturent et il lui semble que les battements montent; tant qu'il a conscience des battements musculaires, il lui semble que son bras, qui paraît raccourci dans l'aura, exécute plusieurs mouvements de moulinet. De l'épaule, la sensation qu'il éprouve et qu'il dit très difficile à dépeindre, gagne la tête, mais il n'est pas possible d'en reconnaître le trajet exact. Les muscles du côté gauche se contractureraient, la tête s'inclinerait sur l'épaule gauche et la face se dévierait du même côté. Grar... éprouverait des sensations de traction dans l'œil gauche qui se porterait en dehors, mais sans phosphènes, ni vision colorée.

Une fois l'aura arrivée à la tête, le malade perd connaissance. C'est au moment où la main se crispe, pour employer l'expression du malade, qu'il appelle ses camarades à son secours : « Voilà un accès ! » s'écrie-t-il, ou bien : « Tiens, voilà que cela me prend », ou bien encore : « Mon Dien ! mon Dieu ! » Quand la contracture des doigts peut être vaincue, l'accès avorte, sinon il éclate.

Le plus souvent, l'apparition de l'aura est provoquée par une *pcur*, une *émotion*, une farce d'un camarade; le malade sursaute, le bras se raidit, et les symptômes décrits ci-dessus se produisent. L'action de fixer longtemps avec l'œil gauche déterminerait aussi les phénomènes de l'aura. Le seul fait de ne pas tenir sa main et de ne pas lutter contre sa flexion le tourmente, l'obsède et cette idée fixe paraît provoquer la contracture de la main. Quand il est distrait (il travaille au marais, traîne la brouette, etc.), il peut sans danger laisser la main libre, même dans la poche; mais dès qu'il y pense, il est obligé de la tenir. — Il n'a pas d'aura du pied, ni de l'épigastre, etc. Grar... a toujours le temps de s'asseoir avant l'accès.

Description de l'accès. — Si l'accès n'a pu être arrêté par les manœuvres indiquées, Grar... perd connaissance sans cri ou après

avoir poussé un petit cri étouffé; les yeux plus humides présentent du nystagmus, se tournent en haut et à gauche, les paupières sont ouvertes, les pupilles dilatées ; la face est tournée à gauche : la *rigidité est plus prononcée au bras et à la jambe gauches;* les secousses tétaniformes très prolongées sont égales des deux côtés. Secousses cloniques des deux côtés mais *plus prolongées à gauche*, surtout au membre superieur, *parfois limitées à la partie gauche du corps.* Durée : cinquante secondes : pas de miction involontaire. Grar... reprend généralement connaissance de suite sans avoir eu de période de stertor, ni de ronflement; toutefois on a noté dans plusieurs accès, de l'écume sanguinolente, du stertor et des mouvements automatiques (le malade chiffonnait ses bourses et sa verge).

État actuel (11 mars 1882). — *Tête* normalement développée. *Crâne*, assez régulier, symétrique, d'aspect arrondi plutôt qu'ovale. La région occipitale, les bosses pariétales et les apophyses mastoïdes sont moyennement développées. *Front* moyen, assez large, sans proéminence des bosses frontales, et des arcades sourcillières. *Oreilles*, six centimètres et demie; lobules adhérents.

Diamètre antéro-postérieur	17.8
— bi-pariétal	14 5
Grande circonférence	52
Demi-circonférence droite et gauche .	26

La *face* est oblongue, assez sèche; les saillies osseuses sont accentuées. La moitié gauche est moins développée que la droite. La saillie malaire est moins accentuée. La bouche est tirée à droite; la commissure labiale droite est légèrement élevée au repos; la déviation s'accentue par le rire; il siffle facilement, le menton est tiré un peu à droite. Les yeux paraissent égaux.

Iris bleus; pupilles égales, pas de lésions oculaires; il fixe difficilement avec l'œil gauche; lorsqu'il le fait, il sent, dit-il, que son œil se tire, qu'il se dévie en dehors, qu'il peut alors voir ce qui se passe derrière lui ; s'il continuait à fixer, il aurait un accès. — *Nez* aquilin dévié un peu à droite.

Bouche moyenne; *lèvres* assez fines, bien dessinées. Les maxillaires supérieur et inférieur sont réguliers; dentition irrégulière, très incomplète, cariée. — *Langue* : pas de cicatrices. — *Voûte* palatine large, plate, symétrique.— *Voile du palais*, *piliers*, *amygdales*, *pharynx*, sans anomalies.

Cou long, grêle; cartilage thyroïde saillant; en arrière, deux cicatrices paraissant consécutives à un séton. — *Thorax* bien conformé; le muscle grand pectoral gauche paraît moins développé que le droit. Pas de déviation du *rachis*.

Membres supérieurs. — A l'inspection, le membre gauche n'a pas d'attitude vicieuse et paraît un peu moins développé que le droit ; c'est surtout évident pour l'avant-bras. Il existe une tendance de la main à se contracturer en flexion dans toutes les parties, tendance à laquelle le malade résiste continuellement. Le bras gauche est à la palpation plus dur que le droit ; le biceps est contracturé, tendu, ferme ; l'avant-bras n'est pas dans la flexion, il est aussi très dur, et les muscles de la région antérieure paraissent durs comme du bois ; ceux de la région postérieure ne sont pas modifiés. La main n'est pas dans une position vicieuse ; la paume est aplatie ainsi que la face antérieure des doigts, par suite de la pression continuelle de la main opposée. Nous notons encore une sorte de subluxation en arrière de toutes les phalangines de la main gauche, luxation due à l'extension continue et forcée produite par l'autre main ; dès qu'il l'abandonne à elle-même, les doigts se fléchissent peu à peu, ou bien, restant droits, le poignet se fléchit. Le malade tient presque sans cesse son pouce, qui a de la tendance à se fléchir et à venir se mettre en opposition avec la base du petit doigt. Lorsque la flexion s'est produite par hasard, il devient alors difficile de ramener le pouce dans l'extension. Grar.. prétend ressentir aussi, principalement la nuit, un engourdissement dans le petit doigt de la main droite ; la sensibilité dans ses divers modes y est conservée. Il n'y a ni troubles de nutrition, ni modification du côté du système pileux. Au toucher, la température paraît plus basse du côté paralysé. Cicatrices de vaccin aux deux bras ; une petite cicatrice au coude gauche.

	DROITE.	GAUCHE.
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle. . . .	27	25.5
— du bras à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne	25	23.5
— de l'avant-bras à 10 cent. au-dessous de l'olécrâne	22.5	21
— du poignet.	15.5	15
— du métacarpe	21.4	21
Distance acromio-olécrânienne.	34.5	43
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde	23	22
— de celle-ci à l'extrémité du doigt médius. .	17	16.5

Les *membres inférieurs* ne présentent pas de grande différence à la vue ; leur attitude ne paraît pas vicieuse ; toutefois on remarque une sorte d'érection du deuxième orteil gauche, qui se trouve placé un peu au-dessus des deux orteils voisins accolés l'un à l'autre. La position varie, du reste, et elle n'est telle que nous venons de la décrire que lorsque le deuxième orteil est contracturé. Le pied n'offre pas de malformation. — Mouvements volontaires et faciles ; mouvements communiqués complets. — Pas d'épilepsie spinale ;

réflexe tendineux également développé de deux côtés. Pas de modification de nutrition.

	DROITE.	GAUCHE.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine. . .	47	47
— à 10 cent. au-dessus de la rotule . .	39	38.5
— de la jambe à 10 cent. au-dessous de la rotule	30	30
— de la jambe au niveau des malléoles	22.5	22.5
— du métatarse	20.5	20 5
Distance de l'apophyse iliaque ant. et sup. à l'extrémité supérieure du tibia	50	49
— de celle-ci à la malléole externe.	28	28
— de celle-ci à l'orteil médian	18	18

Organes génitaux bien conformés, testicules volumineux. *Onanisme* de trois à dix ans; il n'aurait jamais été porté pour les femmes.

Les *fonctions digestives* sont normales; cependant Grar... aurait quelques accès éloignés de gastralgie. Selles régulières et volontaires. Foie et rate normaux.

Respiration et *circulation.* — Ni toux, ni sueurs nocturnes, ni points; quelques râles au sommet gauche; expiration soufflante à droite. — Les battements du cœur sont réguliers, forts.

La *sensibilité générale* est conservée dans ses divers modes; le malade prétend que le côté paralysé serait plus sensible que l'autre.

Vue assez longue, égale de chaque côté.

Ouïe et *goût.* — Rien de particulier.

Odorat. — Coryza fréquent ; Grar... perçoit également bien les odeurs des deux côtés, lorsqu'il n'a pas de catarrhe nasal.

Intelligence. — Lorsqu'il a une idée, il ne peut s'en détacher. Il travaillait dans un bureau avant son entrée (banquier, notaire, métreur); il dit que sa tête n'est plus bonne depuis son entrée à Bicêtre; qu'il n'a plus de mémoire; il se rappelle cependant toute l'histoire de sa maladie[1]. Caractère doux.

[1] « A l'âge de dix ans, j'ai été atteint de congestion cérébrale de laquelle il m'est resté une demi-paralysie dans tout le côté gauche. Cette paralysie s'est empirée de plus en plus, si bien que la moindre émotion me donnait sur les nerfs qui se contractaient et me donnent des accès; *depuis deux ou trois jours seulement, tout a changé dans la main qui se contracte toujours et qui correspond à l'œil qui, si je fixe avec, se contracte immédiatement et me fait perdre la tête, et me fait tourner, et c'est une agitation que je cherche à arrêter en maintenant les doigts qui se ferment. Pendant l'agitation j'ai vu comme cela arrivait, il y a plusieurs années*

1879. — 6 *octobre*. Grar... prend depuis longtemps 4 gr. de *bromure de potassium*.

23 *oct*. Depuis hier jusqu'à ce matin six heures, ce malade a eu 167 accès, et depuis ce matin jusqu'à onze heures 7 accès; la connaissance est parfaitement conservée; elle revient aussitôt après chaque accès. Pouls, petit, régulier, à 92. T. R. 37°,4.

25 *oct*. 6 gr. de bromure de potassium.

1er *novembre*. Bromure de potassium, 8 gr.

9 *novembre*. *Purgatif* : eau de Sedlitz; suspension du bromure de potassium pendant deux jours; recommencer par 4 gr. et augmenter progressivement jusqu'à 8 gr.

1880. — 7 *juin*. Le bromure a été supprimé dans les premiers mois de l'année; depuis le 14 avril, il en prend 4 gr. — Augmenter progressivement.

4 *septembre*. Le traitement a été suivi d'une façon fort irrégulière. Bromure de potassium, 2 gr.; augmenter d'un gramme par semaine jusqu'à 8 gr.

1881. — 16 *avril*. *Adéno-phlegmon* de l'aisselle gauche consécutif à de l'*eczéma* impétigineux de la face dorsale des premières phalanges des premier, quatrième et cinquième doigts; pas de traces de lymphangite; par l'incision il s'écoule une grande quantité de pus. Pansement phéniqué.

25 *avril*. Guérison de l'adéno-phlegmon.

6 *août*. Le malade a des accès fréquents, de la céphalalgie avec éblouissements, la face est congestionnée, il délire. Les accès sont toujours arrêtés par la flexion de la main en dehors. — Bain, sangsues derrière les oreilles; lavement avec 60 gr. de miel de mercuriale.

13 *décembre*. On soumet le malade au traitement par les *armures magnétiques;* on lui applique au poignet un bracelet composé de vingt-deux petites plaques.

17 *déc*. Grar... prétend que, depuis l'application du bracelet, il peut s'étendre dans son lit, ce qu'il n'aurait pu faire auparavant; il ajoute qu'il lui est plus facile de renverser sa main; qu'il est moins émotionnable; cependant il tient tout le temps son pouce gauche de la main droite.

1882. — 18 *février*. Le malade est toujours satisfait de son bracelet, à condition qu'on le lui charge assez fréquemment.

dans les crises, des êtres fantastiques qui dansaient autour de moi, mais je n'ai pas perdu connaissance, car je me rappelle avoir dit : « *Ce sont les nerfs qui travaillent* »; *je ne puis dormir, et, le matin en me levant, j'ai un mal de tête à ne pas pouvoir la lever, et qui se dissipe petit à petit.* Bien souvent, quand les nerfs viennent d'être agités j'ai des maux de cœur qui me retirent l'appétit. »

15 *mai*. Le traitement par le bromure de potassium a été continué par erreur. On le supprime. Le bracelet est renouvelé.

18 *mai*. Le malade raconte de lui-même qu'après le renouvellement du bracelet, il aurait éprouvé pendant quelques instants un sentiment de chaleur dans la main gauche.

1er *juillet. Suppression du traitement par les armures magnétiques.*

	1879		1880		1881		1882		1883	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier . . .	62	—	1	4	5	6	8	4	127	»
Février . . .	32	—	2	2	1	2	6	3	91	2
Mars . . .	»	—	1	4	3	1	7	5	9	17
Avril . . .	»	—	3	5	5	1	8	1	8	87
Mai . . .	1	—	3	6	»	3	5	3	283	225
Juin . . .	3	—	5	2	6	4	6	2	—	—
Juillet . . .	2	—	3	9	4	1	6	3	—	—
Août . . .	4	—	4	1	159	25	9	6	—	—
Septembre . .	2	—	3	7	6	3	7	4	—	—
Octobre . . .	421	11	5	5	3	2	4	5	—	—
Novembre . .	1	»	5	4	7	10	8	11	—	—
Décembre . .	»	»	3	9	11	4	9	3	—	—
Totaux . .	351	11	38	57	210	62	83	50	518	331

Durée du traitement par les armures magnétiques : 6 mois 1/2.

Poids. — 2 novembre 1879 : 50 kil.
— 16 septembre 1880 : 51 kil. 500 gr.
— 31 janvier 1882 : 51 kil. 500 gr.
— 31 juin — : 50 kil. 500 gr. taille : 1 m. 62.
— 31 janvier 1883 : 50 kil. 600 gr.
— 6 mai — : (après le décès) 42 kil. 700 gr.

En consultant le tableau des accès, on voit que les armures magnétiques, appliquées régulièrement pendant six mois n'ont produit aucune amélioration de la maladie qui a suivi une marche ascendante ; si l'on en croit le malade, il en aurait cependant retiré un léger bénéfice; il lui serait plus facile de vaincre la flexion de son poignet gauche [1].

1883. — 3 *mai*. Le malade a eu une *série d'accès* (24 accès et 39 vertiges le jour, 29 accès et 132 vertiges la nuit).

4 *mai*. Gra... est très abattu, il repose dans le décubitus dorsal; il répond aux questions avec lenteur. — 4 gr. de bromure de potassium dans la nuit; — eau-de-vie allemande, 30 gr.; — bain;

[1] Une partie de cette observation a été utilisée par M. Bricon dans sa thèse.

— lotions vinaigrées. *Soir* : T. R. 40°,5. — 64 accès dans la journée ; 157 dans la nuit (*Etat de mal*).

5 *mai*. A la visite, on le trouve dans un état de stupeur très prononcé ; il se plaint toutefois spontanément d'un empâtement de la langue. — Il n'a pas eu d'accès depuis quatre heures du matin. Jusqu'à sept heures, il n'avait prononcé aucune parole ; à ce moment il s'est plaint d'avoir soif. — La face amaigrie présente une coloration terreuse et bronzée ; les yeux sont fortement excavés. Les paupières gauches sont moins ouvertes que les droites ; les pupilles sont égales, de dimension normale. Le nez est effilé, les narines sont pulvérulentes ; les lèvres légèrement blanches. La langue est couverte d'un enduit gluant, sec et grisâtre : la gorge est sèche, couverte de mucosités. Les mains sont très cyanosées ; la main droite offre des ulcérations consécutives à des engelures. La déglutition est facile ; — il n'y a pas de vomissement. La respiration est dyspnéique ; on trouve seulement à la base droite quelques râles sous-crépitants. Percussion normale. Ni toux, ni expectoration. Le pouls est très petit, presque filiforme, à 120. L'abdomen est un peu déprimé. Le malade est complètement *gâteux* depuis deux jours ; ordinairement il est propre. Les selles ont été peu nombreuses à la suite de l'administration de l'eau-de-vie allemande. On constate un léger érythème de la fesse droite. On ne trouve nulle part de paralysie ou de contracture ; il n'y a pas de raideur du cou. — Lavement purgatif, lotions vinaigrées ; un quart de lavement avec 40 centigr. de sulfate de quinine ; limonade vineuse ; trois sangsues derrière chaque oreille. T. R. 40°. — *Soir* : T. R. 41°

6 *mai*. Le malade n'a eu ni accès ni vertiges depuis hier. Le matin, il aurait prononcé quelques paroles, il s'est affaibli progressivement et est mort à huit heures du matin, sans avoir eu de nouveaux accès. La température rectale, prise aussitôt après la mort est de 41°,3.

Autopsie le 7 mai 1883. — A l'ouverture de la *cavité abdominale* l'on ne constate aucune anomalie ; la position des organes est normale ; le péritoine est sain ; pas d'épanchement. Le *foie* (1,305 gr.) remonte normalement et ne déborde pas les fausses côtes ; il présente quelques adhérences en deux ou trois points de sa surface, et est un peu gros.

Les *cavités pleurale* et *péricardique* ne contiennent pas de liquide en quantité anormale. Le *cœur* est un peu pâle et mou, en diastole. Les valvules, l'endocarde, etc., ne présentent rien de particulier. Crosse de l'aorte normale. — En arrière, le *poumon gauche* (653 gr.) présente quelques adhérences assez faibles, tout son lobe inférieur est congestionné. — Pas de tubercules. Sur le *poumon droit* (450 gr.) on trouve les mêmes lésions, mais moins

accusées. — La *rate* (90 gr.) présente deux nodules crétacés de la grosseur d'un petit pois.

Tête. — Le *cuir chevelu* est normal sans ecchymose. Les *os du crâne* sont peu épais, denses; le diploé est peu développé et n'existe pas à certains endroits. Au niveau de la partie moyenne du frontal et des deux bosses pariétales, les os sont très amincis et transparents. On constate une dépression au niveau des granulations de Pacchioni, cette dépression est surtout très prononcée à gauche où l'os n'est plus constitué que par une très mince lamelle de moins d'un millimètre. Toutes les sutures sont ossifiées, mais toutefois la suture fronto-pariétale ne l'est qu'incomplètement sur la table externe. Au niveau de la suture inter-pariétale, surtout à sa partie postérieure, la table externe est irrégulière, bosselée. Dans le diploé se trouvent de petits points jaunes comme crétacés. La face antérieure du *rocher* fait une saillie un peu plus accusée à droite qu'à gauche •

La *dure-mère* est normale.

Le *liquide céphalo-rachidien* paraît être un peu plus abondant que de coutume. La *pie-mère* présente une vascularisation généralisée (base et convexité).

Dès l'abord, l'on est frappé de l'*atrophie considérable* de *l'hémisphère droit* qui présente une sorte d'encoche séparant le lobe frontal du lobe pariétal. La pie-mère offre là une véritable infiltration celluleuse ; elle est distendue par le liquide céphalo-rachidien, sous forme de pseudo-kyste.

Les *artères de la base* paraissent égales. — Les *nerfs olfactifs* sont égaux. — Le *chiasma*, les *nerfs optiques*, les *bandelettes optiques*, les *tubercules mamillaires* sont égaux et blancs. — Le *pédoncule cérébral droit* n'est pas aussi bombé que le gauche. Il existe au niveau de son tiers interne avec son tiers moyen une petite dépression. La protubérance paraît symétrique; le sillon médian a une largeur d'au moins deux millimètres. — Les *pyramides* sont égales ainsi que les *olives* qui sont très fermes; ces différentes parties sont également colorées.

L'*encéphale* pèse 1,090 gr. — L'*hémisphère cérébral droit* pèse 90 gr. de moins que le gauche. — *Cervelet et isthme :* 152 gr. — L'*hémisphère cérébelleux droit* pèse 20 gr. de moins que le gauche qui est un peu plus ferme. On n'y constate aucune lésion microscopique. — La *protubérance* et le *bulbe* (celui-ci coupé un peu court) pèsent 22 gr.

La *décortication* de l'hémisphère gauche se fait avec facilité. Le *ventricule latéral*, la *corne d'Ammon*, les *masses grises* centrales, n'offrent rien de particulier.

La *décortication* de l'hémisphère droit s'opère facilement, sauf au niveau du centre d'un *foyer ancien* où la pie-mère se présente sous

forme d'une lamelle qui entraîne un peu de substance nerveuse. Le foyer a une coloration jaunâtre générale avec des ilots rosés. (Pl. I). Il semblerait que la substance grise forme une sorte de voile mobile sur la crête de la substance blanche sous-jacente.

Hémisphère droit. — Face convexe. Dans son ensemble il est plus court et moins large que l'autre hémisphère ; tandis que le bord interne du lobe orbitaire gauche mesure quatre centimètres et demi, celui du côté droit n'en mesure que trois en longueur. Le lobe orbitaire gauche a trois centimètres et demi de largeur, le droit a presque la même largeur. Les *circonvolutions* de la face orbitaire sont un peu moins développées en longueur que celles du côté gauche, mais sont saines. La *troisième circonvolution frontale* mesure dix centimètres et demi en longueur environ ; elle est saine dans un à deux premiers centimètres antérieurs ; mais elle est atrophiée dans ses autres parties ; l'atrophie porte principalement sur la face antérieure, la partie correspondante au lobule de l'insula étant moins défigurée. — La *deuxième circonvolution frontale* est saine sur une longueur de un centimètre et demi à peine en avant ; elle est complètement atrophiée dans tout le reste de son étendue jusqu'à son insertion sur la frontale ascendante. — La *première circonvolution frontale* est considérablement atrophiée dans sa partie moyenne sur une longueur de 3 centimètres ; en arrière son insertion est saine et les deux centimètres qui la précèdent sont complètement sains sur la face interne et le bord supérieur, mais la face externe de cette partie répondant au deuxième pli de la première frontale est lésée (Pl. I, F_1). — La *frontale ascendante* est atrophiée dans ses trois centimètres inférieurs ; l'atrophie est considérable ; cette partie est par rapport à la partie saine comme 1 est à 3 ; cependant sur le milieu de la face antérieure de la partie saine on trouve un petit foyer (Pl. I, F*a*). — La *pariétale ascendante* est détruite dans ses trois centimètres inférieurs ; les deux centimètres et demi supérieurs sont sains. — Les parties saines de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante comparées aux parties correspondantes du côté gauche sont beaucoup moins volumineuses (Pl. I et III, F*a*, P*a*).

Les parties lésées de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante comprennent toute l'épaisseur et toutes les faces de la circonvolution. — Le *lobule pariétal inférieur* est détruit dans toute son épaisseur. Il en est de même de la moitié antérieure du pli courbe ; à ce niveau il existe une sorte de cavité assez profonde où vient se perdre la partie supérieure de la scissure parallèle (Pl. I, *spp*). — Le *lobule de l'insula* présente trois branches bifurquées.

Toutes les parties occupées par la lésion sont en retrait sur les parties saines environnantes, d'où une dépression marquée comblée par la pie-mère infiltrée (*pseudo-kyste*).

Trois coupes verticales pratiquées sur la lésion montrent que le

foyer n'atteint pas les masses centrales mais qu'il intéresse les circonvolutions ainsi qu'une partie du centre ovale. La couche optique et le corps strié sont un peu moins volumineux que ceux du côté sain.

Au niveau de la lésion, la pie-mère, comme nous l'avons dit plus haut, s'est enlevée avec facilité, mettant à nu une surface rosée, de consistance mollasse, mais cependant assez résistante. *Cette substance soulevée avec la pince glissait sur le squelette de substance blanche comme une sorte de membrane : c'est la substance grise détachée de la substance blanche.* — La lésion diffère donc de la *méningo-encéphalite* ordinaire dans laquelle la pie-mère est si adhérente à la substance grise que, dans son ablation, on met à nu le squelette de substance blanche tandis que la substance grise, adhérente à la pie-mère, offre les reliefs et les dépressions correspondant aux circonvolutions.

L'examen des autres parties n'a eu lieu qu'après macération du cerveau dans l'alcool; la substance grise des parties lésées s'est plissée, ridée sur la substance blanche et a pris une coloration légèrement jaunâtre.

Toutes les parties postérieures ont un aspect normal, mais sont plus élémentaires que celles du côté opposé; les *sillons*, sauf les principaux, sont très superficiels. Les *circonvolutions* ont un aspect légèrement *chagriné* qui ne se retrouve pas de l'autre côté. Le lobe occipital est relativement assez volumineux.

La *première circonvolution temporale* est parfaitement distincte avec un sillon assez profond, mais la seconde n'est séparée de la troisième qu'en avant. La première temporale envoie au fond de la scissure de Sylvius un seul pli bifurqué (Pl. I) à sa base seulement. Il est d'ailleurs assez volumineux.

Face interne. — La partie moyenne de la première frontale est entièrement détruite et n'a plus qu'une épaisseur de deux à trois millimètres (Pl. II). La *circonvolution du corps calleux* est saine, toutefois elle présente une sorte de renflement en massue à l'origine de sa portion horizontale (supérieure). — Le *lobe paracentral* est bien développé avec un sillon médian central. — Le *lobe carré* est large et paraît normal ainsi que le *coin*, la face interne du *lobe occipital*, la *corne d'Ammon*, la *circonvolution de l'hippocampe*.

Hémisphère gauche. — Face convexe. Le *lobe frontal* est bien développé. La *première circonvolution frontale* est très plissée; son insertion est régulière. La *deuxième circonvolution frontale* est à la fois très plissée et très sinueuse; elle ne présente pas d'insertion sur la *frontale ascendante*. La *troisième circonvolution frontale* est relativement moins développée que les deux précédentes; elle possède une insertion régulière sur la partie inférieure de la frontale ascendante. — La *circonvolution frontale ascendante* est bien développée, régulière. Le *sillon de Rolando* est normal. — La

circonvolution pariétale ascendante paraît normale. — Le *pli pariétal supérieur*, le *pli pariétal inférieur*, et le *pli courbe* sont très distincts; à cet égard c'est un cerveau type.

Les circonvolutions du *lobe occipital* sont assez volumineuses. Le *lobule de l'insula* possède trois digitations subdivisées. — Les *circonvolutions temporales* sont normales, sinueuses. — La première envoie de sa partie moyenne un pli assez large, de forme conique vers le fond de la scissure de Sylvius. Ce pli présente un sillon longitudinal assez superficiel. A un centimètre en arrière de ce pli en part un autre court et simple (Pl. III, *p.*). Entre ces plis vient s'emboîter un petit prolongement du pli pariétal inférieur.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* est double, mais interrompue à sa partie moyenne par un sillon perpendiculaire (Pl. IV, s); elle se termine sur le *lobe paracentral*) (L P) sans séparation. Le *lobule paracentral* est volumineux, presque coupé en deux par un sillon vertical. — Le *lobe carré* (L Q), le *coin* (L C), le *lobe occipital* (L O), sont normaux (Pl. IV).

Réflexions. — Cette observation nous semble comporter les remarques suivantes :

I. Si nous exceptons la *tuberculose* dont ont été atteints le père de Grar... et plusieurs de ses grands parents, nous ne trouvons aucune affection nerveuse ou héréditaire dans la famille de notre malade; ajoutons seulement que les deux grand-pères étaient *alcooliques*.

II. Jusqu'à l'âge de dix ans, Grar... a joui d'une bonne santé, son intelligence était normale. A cette époque, dans le cours d'une fièvre typhoïde (?), il fut atteint d'*accidents cérébraux* sur lesquels des renseignements précis nous font défaut et à la suite desquels on constata une *hémiplégie gauche*. Celle-ci alla s'améliorant, la marche redevint régulière, et, sauf une *contracture intermittente* du deuxième orteil gauche, les deux membres inférieurs ne présentaient, en 1882, que de très légères différences. Au membre supérieur gauche la paralysie persista plus longtemps, et ce ne fut que vers quinze ans que Grar... put saisir certains objets; certains groupes musculaires se contracturèrent.

III. C'est quatre ans après le début de la lésion initiale qu'apparaît l'épilepsie d'abord sous la forme de *vertiges* (quatorze ans), puis sous forme d'*accès* (dix-sept ans). Pendant l'accès, les *yeux* et la *face* étaient tournés à *gauche*; la rigidité était plus prononcée de ce *même côté*, les secousses tétani-

formes étaient égales des deux côtés; mais, pendant la période clonique, les secousses étaient plus prolongées à *gauche*, surtout au *membre supérieur*. Enfin, dans certains accès, surtout les accès isolés, les convulsions étaient limitées à la *moitié gauche* du corps.

L'accès, comme nous l'avons vu (p. 5), était toujours précédé d'une *aura* siégeant dans la main gauche ; celle-ci avait une tendance à se contracturer en flexion dans toutes ses parties, le pouce se fléchissant le premier; aussi Gr... maintenait-il presque sans cesse, avec l'autre main, la main gauche dans l'extension forcée. Le malade pouvait faire avorter les accès en renversant le pouce ou la main entière en arrière. L'accès n'éclatait que si la contracture ne pouvait être vaincue. Cette tendance à la contracture n'était pas permanente; elle ne paraissait pas se produire quand le malade était *distrait*.

Grar... se plaignit plusieurs fois de troubles visuels à gauche; ceux-ci ne furent que momentanés, mais toutefois l'action de fixer longtemps avec l'œil gauche déterminait les phénomènes de l'aura.

Notre malade a eu, à plusieurs reprises, des *séries* d'accès; il eut de plus, en 1874, un *état de mal* sur lequel nous manquons de renseignements. Enfin, en 1883, il survint un nouvel *état de mal* auquel le malade a succombé et qui a offert la plupart des symptômes de l'état de mal ordinaire, entre autres l'élévation de la température.

IV. Les lésions cérébrales trouvées à l'autopsie n'intéressent que l'hémisphère droit qui présente un ancien foyer comprenant : 1° la partie postérieure de la *troisième circonvolution frontale* et de la *deuxième circonvolution frontale;* 2° la partie moyenne de la *première circonvolution frontale;* 3° la *frontale* et la *pariétale ascendantes* dans leurs parties inférieures ; 4° le *lobule pariétal inférieur*, et 5° la *moitié antérieure* du *pli courbe*. Ces lésions expliquent parfaitement les phénomènes éprouvés par notre malade, et notamment la *prédominance* des accidents convulsifs, dans le *membre supérieur gauche*, dont le centre moteur, qui occupe la moitié inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, était détruit à un degré prononcé par le foyer pathologique. En ce qui concerne le membre inférieur qui est plus spécialement sous la dépendance des parties supérieures de la zone motrice, nous avons vu que, dans les accès, il était moins fortement atteint que le memb·e supérieur ; or,

l'autopsie nous a montré que, au niveau de sa zone, les lésions étaient beaucoup moins prononcées et même nulles dans la portion supérieure de la frontale et de la pariétale ascendantes.

Relativement aux lésions de l'extrémité postérieure de la deuxième circonvolution frontale, du *lobule pariétal inférieur* et du *pli courbe*, nous nous contenterons de signaler leur relation probable avec les phénomènes observés du côté de la face et surtout avec les symptômes oculaires.

Disons encore que la lésion a déterminé une atrophie générale de l'hémisphère droit, qui pesait 90 grammes de moins que le gauche, et que, contrairement à la règle, l'atrophie portait non pas sur l'hémisphère cérébelleux gauche, mais bien sur l'*hémisphère cérébelleux droit : en un mot, l'atrophie portait sur l'hémisphère cérébral et l'hémisphère cérébelleux du même côté.*

Nous bornons là ces réflexions. Les détails consignés dans l'observation, la description des lésions notées à l'autopsie et que représentent fidèlement les planches dessinées par M. Leuba, permettront d'utiliser notre observation à propos d'autres faits.

II.

De l'emploi du curare dans le traitement de l'épilepsie;

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'*action physiologique* du curare si bien étudiée par de nombreux auteurs, surtout par Claude Bernard[1] d'abord et ensuite par M. Vulpian[2]; ces recherches sont classiques, et, quoiqu'il règne encore quelque obscurité sur le mécanisme de l'action physiologique du curare, nous ne saurions tirer à cet égard de nos études personnelles aucune donnée nouvelle.

Il nous semblait, dès l'abord, peu rationnel d'utiliser dans le traitement de l'épilepsie un médicament qui, physiologiquement, sauf une légère excitation initiale, reste sans action sur les centres nerveux et sur le système nerveux sensitif, et qui, en abolissant les mouvements volontaires, ne saurait agir que sur l'effet et non sur la cause de l'épilepsie. Nous connaissions les observations anciennes et leur lecture ne nous avait pas inspiré l'idée de traiter nos malades par le curare. Nous ne nous sommes décidés à l'expérimenter qu'après avoir lu les nouvelles observations publiées récemment par plusieurs médecins étrangers, qui prétendent avoir obtenu du curare des résultats satisfaisants et le préconisent dans le traitement de l'épilepsie.

Nous ne nous dissimulons pas que, pour préciser d'une

[1] Claude Bernard. — *Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses;* Paris, 1857, 16e-26e leçon (7 mai-13 juin 1856), p. 239-393.

[2] Vulpian. — *Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses*; t. Ier, 1er fascic., Paris, 1881, 4e-8e leçon, p. 193-423.

manière tout à fait exacte l'action du curare, nous aurions dû pousser la curarisation jusqu'à l'affaiblissement des mouvements respiratoires, ou tout au moins jusqu'à l'affaiblissement général des autres muscles. Sous ce rapport, nos recherches ne sont donc pas concluantes, mais de tous les auteurs qui ont vanté l'action du curare dans le mal comitial, aucun ne l'a employé, que nous sachions, à la *dose limite*, et, dans l'espèce, la crainte d'accidents possibles, pouvant se produire lors d'un accès éclatant au milieu de la curarisation presque complète, nous a empêché de dépasser les doses employées par nos prédécesseurs.

Nous pouvons ajouter que nous comprenions peu comment ce médicament, dont l'élimination est si rapide quand il est administré par la voie hypodermique, pût avoir une action quelque peu prolongée sur les accès d'épilepsie.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces considérations générales qui indiquent suffisamment la confiance relative que nous avions dans le traitement de l'épilepsie par le curare, et, après avoir fait l'historique de l'emploi du curare dans l'épilepsie, nous donnerons les résultats que nous avons obtenus à Bicêtre.

I. — HISTORIQUE.

Thiercelin[1] aurait, le premier, publié deux observations d'épileptiques traités par le *curare* (*méthode endermique*), chez lesquels le nombre et l'intensité des accès diminuèrent, mais dont l'amélioration disparut avec la cessation du traitement; ces épileptiques avaient été soumis auparavant à diverses médications sans aucun succès.

Observation I. — *Epilepsie congénitale héréditaire.* Jeune homme de vingt-huit ans, affecté d'une épilepsie congénitale héréditaire, a passé quatre ans à l'hospice de Charenton. Considéré comme incurable, il avait cessé de recevoir des soins médicaux depuis deux ans. Ses accès variaient entre quinze et vingt par mois, dont une partie n'était que des vertiges, et les autres, en plus grand nombre de haut mal.

Observation II. — *Epilepsie; début à neuf ans par des vertiges; accès d'abord nocturnes.* — Jeune fille de dix-sept ans, épileptique

[1] Thiercelin. — *Académie des sciences* et *Gazette médicale de Paris*, février 1861.

depuis huit ans. Les crises, à l'état de vertiges pendant un an, ont ensuite pris le caractère du haut mal, mais seulement nocturnes pendant deux ans. Depuis cinq ans, ces accès venaient le jour et la nuit, et étaient caractérisés par des convulsions violentes, des cris aigus, le râle guttural, l'écume à la bouche, etc. Leur nombre est de vingt-huit à vingt-neuf par mois depuis un an.

Sous l'influence du curare, administré à doses variant entre 3 à 5 centigrammes par jour, au moyen d'un vésicatoire en pleine suppuration, M. Thiercelin a vu, dans l'espace de deux mois (décembre 1859 et janvier 1860), les accès diminuer, de manière que chez l'un on n'en a compté que cinq au lieu de quinze ou vingt, et chez l'autre huit au lieu de vingt-huit ou vingt-neuf dans le dernier mois. La gravité des convulsions s'est amendée aussi d'une manière très notable, et l'état général s'est sensiblement amélioré. Ainsi l'appétit a augmenté en ramenant les forces et l'embonpoint. A l'irritabilité nerveuse, si grande habituellement chez ces malades, ont succédé un calme intellectuel et une bonne humeur constante faisant présager un retour prochain à une santé parfaite.

Cette amélioration donnait de grandes espérances, quand, malheureusement, au bout du deuxième mois, la provision de curare était épuisée. La contre-épreuve se produisit alors rapidement chez les deux malades. Les accès revinrent dans le mois suivant (février) à leur ancienne fréquence ou à peu près : à savoir, quinze par mois pour l'un, et pour l'autre vingt-quatre.

Ayant obtenu un nouvel échantillon de 1 gr. 50 de curare, M. Thiercelin recommença l'administration chez la jeune fille seulement, l'exiguité de la provision ne permettant pas de mener les deux traitements de front.

Dans l'espace de dix jours, la jeune malade reçut sur un vésicatoire du bras 50 centigr., soit 5 centigr. par jour en une seule dose. Pendant ces dix jours, trois crises seulement revinrent la nuit, et avec peu de convulsions. Amélioration manifeste.

Le onzième jour, le médicament manque ; il survint trois accès dans la nuit suivante. Les convulsions ont repris une certaine intensité. Le douzième jour, M. Thiercelin remet aux parents 1 gr. du médicament, divisé en quatorze paquets, et devant être administrés en quatorze jours. Chaque paquet devait suffire à trois pansements.

Dimanche 11 novembre, le deuxième paquet a été employé, et, pendant ces douze derniers jours, on n'a eu à constater que deux accès nocturnes, d'une durée au-dessous de la moyenne et de peu d'intensité.

En résumé, ces deux malades ont été soumis au traitement par le curare pendant un temps trop court pour pouvoir affirmer que la diminution de leurs accès fût sous la dépendance de l'administration de ce médicament. Ces observations sont, du reste, incomplètes, et l'absence de tableaux d'accès durant la période de traitement ne permet aucune comparaison avec les époques correspondantes des années précédentes, M. Schivardi[1] rapporte des observations inédites du Dr Perini (de Milan); celui-ci a aussi employé le curare dans quatre cas d'épilepsie (un en 1864, deux en 1865, un en 1866). Nous en donnons le résumé :

Observation III. — Jeune homme de vingt-cinq ans. — Accès fréquents et violents. — Début causé par la vue d'accès épileptiques; traité sans succès par la valériane et l'atropine. — *Aura* : sensation de piqûre dans la région dorsale. — Vésicatoire au lieu de l'aura, saupoudré de un demi centigramme de cérat. — *Traitement* : un peu plus d'un mois. — Guérison. — Mort l'année suivante de tuberculose pulmonaire. — Pas d'autopsie.

Cette observation est incomplète et peu concluante en ce sens que l'on voit très souvent les accès diminuer, à mesure que se développe la tuberculose.

Observation IV. — Femme de trente-sept ans, aurait eu, en 1843, une encéphalite très grave (?). — Premier accès en 1865 sans cause connue; traitée sans succès par la valériane, l'atropine, etc. — *Aura*: sensation de chatouillement le long de la colonne vertébrale. — Application de vésicatoires au point de départ de l'aura (dernières vertèbres cervicales), saupoudrés de poudre de curare. — *Durée du traitement.* : deux mois. — Amélioration lente et progressive, puis guérison.

Observation V. — Jeune fille de dix-huit ans, accidents convulsifs à la suite de chagrins d'amour, puis accès épileptiques. *Aura épigastrique.* Même traitement que pour la précédente. Guérison en deux mois.

Observation VI. — Enfant de douze ans. — Antécédents épilep-

[1] Schivardi.— *La medicazione ipodermica*, 4e édition. Milan, 1879, p. 199.

tiques héréditaires. Paraplégie faciale rhumatismale suivie d'accès épileptiques. — Vésicatoire à la nuque saupoudré de curare. — Traitement de quatre mois. — Guérison.

Ces trois dernières observations sont encore moins concluantes que la première, et, à notre avis, on ne saurait préconiser un traitement sur de tels faits; ce sont des notes à consulter personnellement et non à publier.

Le 26 janvier 1864, M. Benedikt communique à la *Société des médecins viennois* le résultat de ses recherches sur l'emploi thérapeutique du curare [1]. Dès cette époque, il rapportait avoir traité quinze épileptiques au moyen des injections hypodermiques de curare. Voici le résumé des quatre cas que M. Benedikt a relatés avec quelques détails :

Observation VII. — Le premier concerne un enfant de douze ans, atteint depuis quatre à cinq années d'accès momentanés de perte de connaissance avec roulement des yeux; il était, depuis Pâques de l'année 1863, sujet à des accès épileptiques qui revenaient au moins une fois chaque semaine, il fut mis en traitement au commencement d'août et durant les deux mois de traitement par le curare, les accès ne reparurent plus.

Observation VIII. — Dans un autre cas, les accès se répétaient tous les *trois jours;* pendant le traitement, qui dura quatre mois, les accès ne revinrent que deux fois seulement et furent remplacés, les jours où auparavant ils avaient l'habitude d'éclater, par des frissons, de l'abattement, etc.

Observation IX. — Dans un troisième cas où les accès venaient presque tous les *deux jours*, les accès n'apparurent pendant le traitement que une à trois fois par mois ; ils étaient plus faibles.

Observation X. — Dans un quatrième cas où l'on notait des vertiges *quotidiens* et presque chaque jour des accès ordinaires d'épilepsie, ces derniers devinrent très rares.

Les injections furent faites, dans tous les cas, trois fois par semaine ; les doses varièrent de 1/15 à 1/10 de grain [2].

En 1866 [3], M. Benedikt publiait un second mémoire ; cette nouvelle série se composait en général d'épileptiques peu favorables, car ils étaient malades depuis un temps déjà assez long.

[1] *Wiener medizinische Presse.* 29 janvier 1865, nº 5, p. 118.

[2] Le grain autrichien équivaut à 73 milligrammes.

[3] *Wiener medizinische Presse.* 12 et 19 août. nºs 33-39, p. 79, 91, 806. *Positive Resultate zur Curare Therapie.*

OBSERVATION XI. — Flach (Hermann), vingt ans; début probable en 1855 à la suite d'un coup sur la tête; pas d'hérédité, vertiges fréquents et accès; développement intellectuel peu prononcé; à l'hôpital, on nota des accès avec perte de connaissance sans secousses, suivis ordinairement de somnolence persistant parfois pendant huit heures.

Après un accès à l'hôpital, on observa des troubles intellectuels et une espèce de perte de connaissance. Comme prodrôme le malade accusait une sensation de chaleur qui lui montait à la tête, parfois précédée d'une forte oppression. En six mois d'observation il eut environ un *accès par mois*.

La réaction des nerfs moteurs était normale. Le 3 novembre 1864, on commença le traitement par le curare (injection sous-cutanée de un huitième de grain, trois fois par semaine). Le malade eut pendant les quatorze premiers jours deux faibles vertiges et le traitement fut continué jusqu'à la fin de janvier 1865. Du 19 novembre 1864, au commencement de l'année 1866, il n'eut plus d'accès.

« Ce cas, ajoute M. Benedikt, est du plus haut intérêt parce qu'il nous montre l'influence du curare sur les symptômes psychiques de l'épilepsie. Je dois ici faire remarquer que dans beaucoup de cas, au début du traitement, on observe des accès où les symptômes convulsifs restent les mêmes, mais où les troubles psychiques font déjà défaut, quoiqu'ils aient été auparavant des plus prononcés. »

OBSERVATION XII. — Steinschütz (Johann), douze ans, fils de paysan. Pas d'antécédents héréditaires ; depuis quatre ans, vertiges presque momentanés; le malade perd complètement connaissance, roule les yeux et reprend la conversation ou son travail sans avoir conscience de l'intermède pathologique. Ces vertiges se répétaient plusieurs fois le jour. A Pâques de l'année 1863 eut lieu le premier accès d'épilepsie à la suite d'une lecture d'histoire de revenants. Il en eut sept jusqu'au 19 août 1863 : alors le malade fut mis en observation, l'accès durait un quart d'heure, précédé (un quart d'heure à une demi-heure) d'un accès de petit mal. Le dernier accès survint quatre jours avant le début du traitement. La réaction du système nerveux moteur par la recherche galvanique et faradique était très augmentée. Le malade fut pendant huit mois (du 19 août 1863 au 17 mars 1864) traité comme le précédent et n'eut plus d'accès ni de petit ni de haut mal, et jusqu'à présent (commencement de juin 1866) ils ne sont pas revenus. Après sept semaines de traitement, on trouva du sucre dans l'urine.

Observation XIII. — Schrollenberger (Joseph), dix-sept ans, horloger, a eu à neuf mois à la suite d'une peur et à six ans après une chute, un accès d'épilepsie. — L'enfant n'a pas d'antécédents héréditaires; il est intelligent; il y a deux semaines, il eut de nouveaux accidents convulsifs; il eut chaque jour, durant six jours, deux ou trois accès débutant par une sensation de pression montant de l'abdomen, suivis de l'abolition de la parole, de la perte de connaissance et de secousses généralisées. Les accès duraient de trois à cinq minutes et ne laissaient après eux aucun symptôme. Le traitement, commencé le 29 septembre, fut continué durant quelques semaines. Les accès cessèrent de suite et ne reparurent plus[1].

Observation XIV. — Altar (Isak), épileptique depuis quatre ans ; accès nocturnes se répétant dans les derniers temps tous les trente-deux jours. Quoique le résultat obtenu par le traitement n'ait pas persisté, M. Benedick dit devoir rapporter ce cas, parce que ce malade est, jusqu'à présent, celui qui est resté le plus longtemps en observation ; il fut soumis au traitement du 8 août au 26 décembre 1864. Le malade était sujet dans l'intervalle de ses accès à des suffocations. — L'origine de la maladie est attribuée à des chagrins, etc. Les accès étaient nocturnes. Des injections de 1/16 à 1/4 de grain lui furent faites quatre fois par semaine. Les accès perdirent leur type. Dans les deux premiers mois il n'y eut aucun accès, mais à l'époque où avait coutume de venir l'accès, le malade ressentait un malaise général et des frissonnements. Dans les trois mois suivants il y eut un accès, à la suite duquel il resta pendant un jour assoupi. Plus tard, un autre accès fut suivi de tremblement de la main droite; dans l'année 1865, il eut cinq accès au lieu de douze; en 1866, jusqu'en juillet, cinq accès; de sorte que le malade avait à cette époque à peu près le même nombre d'accès qu'avant le traitement.

Depuis le premier traitement, il avait été soumis, à deux reprises différentes à des injections de curare. Les accès de suffocation avaient disparu. Dans ce cas, la présence de sucre dans les urines fut aussi constatée après plusieurs semaines de traitement. La contractilité électro-musculaire, normale au début du traitement, diminua passagèrement pendant la durée de celui-ci.

« Ces observations montrent indubitablement, dit M. Benedikt, que le curare possède non seulement une action spécifique sur la diathèse motrice de l'épilepsie, mais encore sur la diathèse psychique. De nombreux insuccès dans les cas invétérés

[1] M. Benedickt nous apprend que ce malade a été observé par lui pendant six années et qu'il n'a pas eu de rechute.

démontrent qu'il n'est aucun remède sûr pour tous les cas. De nombreuses expériences me font l'impression, je ne veux pas dire me démontrent, que ce remède arrête le développement de la maladie dans les cas récents, idiopathiques, concernant des jeunes sujets. »

M. Benedikt faisait des injections trois fois par semaine durant six à huit semaines ; il suspendait alors le traitement s'il n'y avait plus d'accès, enfin il le reprenait dès qu'il y avait rechute. Il se servait du curare du commerce.

Les injections étaient faites au cou, elles restaient douloureuses pendant plusieurs heures chez les personnes sensibles et donnaient lieu parfois à de petites indurations [1].

Enfin, le 3 février 1871 [2], M. Benedikt faisait une dernière communication à la *Société médicale de Vienne* sur le *Traitement des convulsions par le curare*. Il s'agissait d'une malade qui souffrait trois mois avant le traitement d'accès de cardialgie, auxquels s'ajoutèrent plus tard des phénomènes congestifs du côté de la tête et des accès de suffocation. Les narcotiques et les préparations métalliques restèrent sans effet. On nota encore chez elle du spasme dans les gros vaisseaux, des pâleurs, des frissons, des fourmillements, des convulsions d'abord localisées aux orteils et aux doigts de la moitié droite du corps ; celles-ci se généralisèrent et s'accompagnèrent de délire ; elles devinrent de plus en plus fréquentes malgré l'usage du bromure de potassium (deux scrupules en deux doses par jour) et disparurent par l'usage du curare dans l'intervalle de trois jours (deux injections en tout).

Le curare s'est montré sans action dans certaines formes d'épilepsie ; l'épilepsie gyratoire, par exemple, et dans un cas d'épilepsie symptomatique d'une lésion traumatique de la *cuisse*.

Mandt [3], en opposition à ces succès partiels, a fait connaître un cas dans lequel les injections de curare furent employées pendant quatre mois sans le moindre effet. Il s'agissait d'une

[1] Dans une lettre que nous a adressée M. Benedikt, en 1883, celui-ci fait observer qu'il filtre maintenant chaque fois la solution jusqu'à ce qu'elle devienne claire et jaune, et que depuis ce temps la réaction locale est nulle ou au moins très rare.

[2] *Wiener med. Presse*, 19 février 1871, nº 8, p. 196.

[3] Mandt. — *Die Wirkung des Curare bei Epilepsie* (*Wiener med. Presse*, nº 17, 1866).

femme de vingt-deux ans à qui on injecta au bras et à la nuque dix gouttes d'une solution à 1 : 120 tous les deux jours pendant le premier mois, ensuite tous les jours les autres mois. Au lieu de la piqûre, il se faisait une petite induration.

MM. A. Voisin et H. Liouville [1], en 1865, ont fait à Bicêtre des recherches physiologiques et thérapeutiques sur le curare. Nous laisserons de côté la partie physiologique de leur travail pour ne nous occuper que du mode d'administration et de l'action thérapeutique du curare dans l'épilepsie. A tous les autres modes d'administration ces auteurs préfèrent la méthode hypodermique.

« Le vrai moyen disent-ils, pour avoir des résultats rapides et presque prévus à courte échéance et la plus utile voie pour pouvoir parer de suite par la ligature, avec une bande roulée, à un accident, est l'injection sous-cutanée dans les membres avec les précautions qu'elle exige.

« Les malades que nous avons traités avec le curare sont tous des épileptiques placés dans le service de l'un de nous à l'hospice de Bicêtre. Leur affection nous a paru d'autant mieux se prêter à cette médication qu'elle est, d'une part, regardée comme le plus souvent incurable, et que, d'autre part, elle est une de ces maladies que l'on dit avoir été traitée avec succès par le curare dans les contrées où on le prépare. De plus, cette médication curarique a déjà fait à Paris et à Vienne, dans les mains de MM. Thiercelin et Benedikt, l'objet de recherches malheureusement restées incomplètes par la privation du médicament, et peu certaines, peu concluantes par le défaut d'une dosologie établie d'une façon plus fixe. »

Douze malades adultes ou âgés de plus de quinze ans ont été mis en traitement presque tous au commencement d'août. Au début, les doses étaient de 2/10 de milligrammes ; comme elles ne produisaient aucun effet appréciable, elles ont été portées successivement à 60-70 milligr. A partir de là, MM. Liouville et Voisin ont procédé par augmentation de 5 milligr., puis d'un centigr., et sont arrivés à administrer en injections sous-cutanées 8 centigr., 38 centigr. par la voie endermique et 40 centigr. par les voies rectale et buccale.

MM. A. Voisin et Liouville ne semblent pas avoir retiré de grands avantages de la médication par le curare, ainsi qu'il résulte du passage suivant de leur brochure :

[1] A. Voisin et H. Liouville. — *Études sur le curare.* Paris, 1866.

« Pour ce qui touche les résultats définitifs de l'emploi du curare contre l'épilepsie, nous ne pouvons pour ce moment rien affirmer dans aucun sens. Nous n'avons pas vu qu'il fût nuisible, mais rien ne nous autorise non plus à vanter son efficacité. Pour asseoir sérieusement un jugement définitif sur ses avantages réels, il nous semble qu'on est en droit d'exiger des observations de plus longue durée (deux, trois, quatre ans même) et une statistique avec des points comparatifs antérieurs dans une période à peu près pareille. »

Beigel[1] a injecté dans un cas d'épilepsie jusqu'à 13 milligr. de curarine sans aucun résultat.

Le travail de MM. H. Liouville et A. Voisin clot, en quelque sorte, la première période dans laquelle le curare a été employé contre l'épilepsie. Il nous semble s'être écoulé un certain nombre d'années avant que le curare fut mis de nouveau à contribution : il nous faut arriver, en effet, à l'année 1878, époque où il est reparlé du curare.

« J'ai essayé, dit M. Rosenthal[2], dans un certain nombre de cas, une solution de 5 centigr. de curare dans 5 gr. d'eau, avec addition de trois à quatre gouttes d'alcool absolu ; pendant deux ou trois mois, je faisais tous les deux jours une injection sous-cutanée, en allant progressivement de 4 milligr. à 9 milligr. Chez sept malades que j'ai soignés ainsi (dont quatre cas sans antécédents héréditaires, et deux d'hystérie épileptiforme), et chez cinq autres malades traités de la même façon à l'asile des aliénés de Vienne, le médicament n'a produit aucun effet durable. »

M. le Dr Kunze[3] a recommandé dans ces derniers temps d'une manière pressante le curare dans l'épilepsie. Il a expérimenté le curare chez 80 malades, et aurait obtenu chez 6 d'entre eux une guérison parfaite. Les faits rapportés en détail par lui tendraient à prouver que, dans toutes les formes de l'épilepsie, même dans celles où la maladie, déjà ancienne, a amené un affaiblissement notable de l'intelligence, le curare peut, dans certains cas, guérir le mal et même rendre un peu de son intégrité à l'esprit. Selon cet auteur, la dose de 1 centigr. de

[1] Beigel. — *Versuche mit Curare und Curarin* (*Berl. Klin. Wochenschrift*, nos 7 et 9, 1867).

[2] Rosenthal. — *Traité clinique des maladies du système nerveux*, trad. de Lubanski. Paris, 1878, p. 547.

[3] Kunze. — *Jahrbuch der Practischen Medicin* de P. Börner, année 1879, p. 254.

curare en injections hypodermiques serait sans danger. Les injections étaient faites pendant trois semaines tous les cinq jours.

Edlefsen[1], encouragé par ces observations, a essayé le curare dans un certain nombre de cas d'épilepsie confirmée. Dans deux cas d'hystéro-épilepsie, le curare a échoué. De treize épileptiques, six ne tirèrent aucun bénéfice du médicament ou ne furent améliorés que passagèrement, trois virent leurs accès diminuer d'une façon notable avec cessation même pendant plusieurs mois, tandis qu'auparavant les accès étaient quotidiens et très violents ; trois malades enfin auraient été guéris complètement. Dans presque tous les cas d'autres médicaments avaient été auparavant administrés en vain[2].

La solution employée par ces deux auteurs était ainsi composée :

Curare	0.gr. 30 à 0. gr. 50
Eau distillée	5.gr.
Acide chlorhydrique	1 goutte.

Laisser digérer pendant vingt-quatre heures, et filtrer.

II. — ADMINISTRATION ET DOSES.

La plus grande incertitude régnant sur la nature et la provenance du curare, il est de toute nécessité d'essayer célui que l'on se propose d'administrer. Il y a donc à rechercher : 1° si la substance est réellement du curare ; 2° quelle est l'activité de ce curare[2]. Les échantillons de curare ne sont jamais parfaitement semblables ; les plus actifs ne donnent la mort à un lapin ordinaire (de 4 à 5 livres) qu'à la dose de 4 milligr. ; chez quelques-uns il faudrait donner 2, 3 et même 5 centigr. pour arriver au même résultat. — 5 milligr. d'un curare donné étant la dose limite pour un lapin de 2 kilogr. 500, un individu de 50 livres aurait pour dose limite environ 5 centigr., un de 50 kilogr. le double et de 75 kilogr., 15 centigr.[3]. On obtient expérimentalement la dose limite en injectant sur un lapin des doses progressives de curare, jusqu'à ce qu'il meure ; l'avant-dernière dose injectée sera la dose limite.

[1] Edlefsen. — *Prakt. Artz;* 1881, n° 8.

[2] Voir à ce sujet l'excellente thèse de M. Jousset de Bellesme : *De la méthode hypodermique ; de la pratique des injections sous-cutanées.* Paris, 1865.

[3] Jousset de Bellesme, *loc. cit.*, p. 72.

Le curare que nous avons employé pour notre solution de 8 p. 100 ayant amené la mort d'un lapin de 3 kilogr. à la dose de 21 milligr., la dose limite était donc pour cet animal de 23 milligr., soit de 36 centigr. pour un adulte de 60 kilogr.

La solution injectée par nous à Bicêtre était ainsi formulée :

Curare	8	grammes.
Alcool	âa 10	—
Glycérine		
Eau distillée	90	—
Acide chlorhydrique. .	6	gouttes.

Nous n'avons administré le curare qu'en injections hypodermiques. Les solutions ont été de 1 p. 100, de 2 p. 100, de 4 p. 100 et de 8 p. 100, soit 1, 2, 4 ou 8 centigr. par gramme ou par 20 gouttes. La dose quotidienne maximum que nous avons injectée a été de 6 centigr.

III. — ACCIDENTS LOCAUX ET GÉNÉRAUX.

MM. H. Liouville et A. Voisin ont noté à la suite des injections hypodermiques de curare des plaques d'apparence ortiée qui ne sont dues qu'à ce que leurs injections furent parfois pratiquées *dans* la peau et non *sous* la peau. L'empâtement et la rougeur indiqués par ces auteurs tiennent probablement aussi à l'administration défectueuse des injections ; cependant il peut arriver qu'avec une injection bien faite, une seringue propre, etc., on observe quelquefois un peu d'hyperémie, des *indurations* [1] ou des *ecchymoses ;* celles-ci se remarquent surtout chez les individus à peau fine et délicate ; elles n'ont, du reste, aucune importance. Sur le grand nombre d'injections de curare faites dans le service, ce n'est que tout à fait exceptionnellement que nous avons noté ces légers accidents. Deux fois nous avons eu des *abcès* dus à l'emploi d'une seringue n'appartenant pas au service, et insuffisamment nettoyée. La *douleur* est de même presque toujours nulle ou très légère.

Pour parer à tout accident, il est de toute nécessité de ne faire usage que de solutions filtrées non seulement au moment de leur préparation, mais encore dès que l'on observe qu'il s'y forme un dépôt.

[1] Ces indurations se sont encore montrées d'une façon constante chez Lefev... (V. l'observation p. 49), mais seulement du côté paralysé.

Nous n'avons jamais eu à déplorer d'*accidents généraux* d'aucune sorte. Il est vrai que nous n'avons jamais atteint la dose limite fournie par l'expérimentation. Sur ce point, nous n'avons pas d'autre renseignement que celui qui nous est fourni par M. Rosenthal. « Dans une de mes observations [1], dit-il, après une injection de 0.01, il y eut des symptômes d'intoxication consistant en nausées, vertiges, rougeur de la face, battements douloureux des tempes, abattement général, accélération du pouls et soif vive ; par l'analyse chimique des urines, on y trouva du sucre. Ces accidents disparurent par le repos et un traitement simple. »

IV. — EXPOSÉ DES FAITS.

Nous présenterons d'abord trois observations qui nous ont paru intéressantes à divers titres, puis nous donnerons un résumé des observations des dix-huit autres malades soumis au traitement par les injections hypodermiques de curare.

OBSERVATION XV. — *Grand-père paternel alcoolique et cancéreux. — Grand-père maternel alcoolique. — Mère migraineuse. — Deux sœurs mortes de méningite.*

Vertiges à six ans. — Accès deux mois plus tard. — Retard de la parole, de la marche, de la propreté. — Teigne. — Chute du rectum. — Traitement par le bromure de potassium (insuccès); puis par l'hydrothérapie (insuccès); retour partiel de l'intelligence. — Chute, plaie frontale. — Augmentation des accès. — Description d'un accès. — Déchéance intellectuelle (méningo-encéphalite). — Traitement par les injections hypodermiques de curare. — Insuccès.

Mul... (Albert), né le 12 avril 1873, est entré à Bicêtre le 19 avril 1880 (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (28 avril 1881). — *Père*, quarante-deux ans, bien portant, éperonnier-sellier, brun, assez intelligent, ne fait pas d'excès de boisson habituels; n'a jamais eu de migraines, ni d'affections de la peau, etc.; marié depuis quatorze ans, « c'est un bon mari ». [*Père*, éperonnier, mort en 1872, à l'âge de soixante-deux ans, d'un cancer du pylore, faisait quelque *excès de boisson*. — *Mère,* morte en 1851, écrasée par une voiture; n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Pas d'aliénés, ni de paralytiques, ni d'apoplectiques, ni d'épileptiques; pas de difformes, ni de suicides ou de criminels dans la famille.]

[1] Rosenthal. - *Loc. cit.* (*Wienn. med. Presse,* n° 6, 1867.)

Mère, trente-cinq ans, journalière, femme de ménage, après avoir été marchande des quatre saisons à Montargis; bien portante, assez intelligente; est sujette à des *migraines* une fois ou deux par mois, sans coïncidence avec les règles (céphalalgie frontale, vomissements, etc.); elle n'a jamais eu de maladies de peau ni fait de maladies graves. [*Père*, jardinier, faisait quelques *excès de boisson*, n'a eu ni migraines, ni maladies nerveuses; mort à la suite d'un coup de pied dans le ventre; il avait été opéré quelques années auparavant d'une hernie étranglée. — *Mère*, bien portante sobre, ni migraineuse, ni nerveuse. — Deux *frères*, l'un mort jeune, on ne sait de quoi; l'autre, en bonne santé, a deux enfants; ceux-ci, n'ont jamais eu de convulsions. — Cinq *sœurs*, dont deux mortes jeunes de cause inconnue; les autres sont bien portantes; une a eu un enfant qui n'a pas eu de convulsions. Pas d'aliénés, etc.] — Pas de consanguinité.

Huit *enfants* : 1° garçon, quinze ans, bien portant, intelligent, 2° garçon, mort à dix-sept mois d'une *méningite*; 3° garçon, onze ans, intelligent, bien portant; 4° fille, dix ans, intelligente, bien portante; 5° notre malade; 6° fille, six ans et demi, bien portante, va à l'école; 7° fille, morte à dix-huit mois d'une *méningite* après trois mois de maladie; 8° garçon, vingt-trois mois, santé excellente. Ils ont tous été élevés au sein par leur mère; aucun n'a eu de convulsions.

Notre malade. — *Grossesse* moins bonne que les autres. La mère venait à peine de sevrer quand elle est devenue enceinte; au troisième ou quatrième mois, alors qu'elle doutait encore de sa grossesse, elle a eu une grande *peur* occasionnée par un vent violent qui a failli l'enlever. Sous le coup de cette peur, elle sentit remuer l'enfant pour la première fois; à partir de ce moment, durant toute la grossesse, elle fut très impressionnable : si l'on frappait à sa porte, « elle devenait verte », et se cachait. En dehors de cette impressionnabilité contre laquelle elle luttait, la grossesse fut bonne. — *Accouchement* à terme, naturel. L'enfant, élevé au sein par sa mère jusqu'à un an (pas de convulsions), a marché à vingt mois (les autres enfants ont marché au plus tard à quatorze ou quinze mois); il a parlé à quatre ans mais mal (les autres enfants ont parlé vers dix-huit mois, et à deux ans, ils parlaient bien). Il ne fut propre qu'à trois ans (ses frères et sœurs ont été propres de bonne heure). — Jusqu'à l'âge de quatre ans, il eut en dehors des besoins de défécation, une *chute du rectum* qu'on lui rentrait facilement. Dès qu'il est devenu propre et surtout dès qu'il a marché, la chute du rectum a diminué.

Mul... a été difficile à élever; pendant longtemps, il n'aimait que le pain, les haricots, les pommes de terre et le laitage sucré. Il paraissait néanmoins intelligent, comprenait ce qu'on lui disait,

essayait de se rendre utile. Il est allé à l'école où il apprenait bien. Avant de s'endormir il s'amusait à lire, à compter, puis « *il balançait sa tête en la roulant sur l'oreiller*, il aurait toujours eu cette habitude, il ne s'endormait pas sans se bercer ». Pas d'autres tics, pas d'habitudes de succion; il mangeait et s'habillait seul, cirait ses souliers, faisait les commissions, etc. Pendant un an, vers trois ans, croûtes persistantes du cuir chevelu; en 1880, glandes cervicales non abcédées, conjonctivite légère, pas d'otite, etc., pas de fièvres éruptives.

Jusqu'en décembre 1879, Mul... ne présenta aucune affection nerveuse. A cette époque, on constata les accidents suivants: Il avait une convulsion de la face, on croyait « qu'il riait sans bruit », en trois ou quatre secondes c'était fini. (Vertiges). Un jour en marchant tenu à la main par son père, celui-ci sentit que l'enfant serrait plus fortement, et s'arrêtait; il vit sa face convulsée; durée : deux à trois secondes. Vers la fin de janvier 1880, Mul... eut des accès, d'abord assez légers et assez éloignés, il est resté trois semaines sans en avoir; les vertiges persistaient et venaient environ tous les deux jours par série de trois ou quatre; on lui donna du bromure de potassium; à partir du 12 avril, les accès se montrèrent tous les jours, leur maximum a été de sept en vingt-quatre heures; ses parents se sont alors décidés à le placer. Mené à la préfecture, l'enfant a beaucoup pleuré; il a même sangloté quand il s'est vu à l'infirmerie du dépôt, où il n'est d'ailleurs resté que quelques heures.

Accès. Aura; à l'origine, il disait : « Voilà que cela me prend», il accusait une douleur dans le ventre et à la tête dont il ne s'était jamais plaint auparavant. Il criait en tombant et ne se blessait jamais, il n'urinait pas sous lui et il n'écumait pas. On ne sait s'il se mordait, mais on assure qu'il n'avait pas à la maison *la lèvre supérieure aussi grosse*, elle était régulière, ce n'est que depuis les accès qu'elle a grossi. Les convulsions prédomineraient à droite; après les crises, on a remarqué qu'il se tenait moins bien sur la jambe droite et qu'il se servait moins bien du bras droit. Depuis le début des accès, il mange moins; l'an dernier, il était presque vorace. — On ne sait à quoi attribuer sa maladie; pas de chutes; pas de vers, pas d'onanisme, pas de vision colorée; on ignore s'il a eu peur. Il n'aurait plus de vertiges. Les accès sont diurnes et nocturnes.

L'enfant est très caressant, très affectueux pour ses parents, ses frères et ses sœurs dont il n'était pas jaloux. *L'intelligence* a beaucoup diminué depuis quatre mois et même depuis une quinzaine de jours; il a reconnu ses père et mère, mais ne leur a pas parlé (avril 1881).

Etat actuel (21 avril 1880). *Tête*: crâne petit, régulier, la partie

postérieure est notablement plus développée ; méplat à la partie supérieure de l'occipital ; sillon transversal au niveau de la fontanelle antérieure.

Circonférence de la base	53 centim. 1/2
Diamètre antéro-postérieur.	17 centim.
— bi-temporal	11 centim. 1/2
— bi-pariétal.	14 centim.

Face ronde, régulière, symétrique ; *front* très peu développé en largeur et en hauteur, les bosses frontales sont à peine marquées. Arcades sourcillières un peu déprimées. *Nez* camard, droit. *Yeux* bruns, pupilles dilatées. *Oreilles* symétriques, présentant un lobule adhérent dans toute son étendue et une légère anomalie au niveau de la fossette de l'hélix qui est traversée par une petite arête verticale.

Bouche large, la lèvre supérieure est remarquablement volumineuse ; la face étant regardée de profil on voit que la lèvre s'avance autant que le nez et qu'elle déborde d'un centimètre la lèvre inférieure. — Les *dents* sont régulièrement rangées, au complet, la deuxième petite molaire droite inférieure est cariée.— Dentition de lait, sauf les deux premières petites molaires supérieures.— Le 11 novembre 1882, l'examen de la dentition permet de constater les modifications suivantes : mâchoire supérieure, dix dents ; manquent à droite une incisive latérale et à gauche la deuxième petite molaire ; il y a encore trois dents de lait : incisive latérale, canine et première molaire. — Mâchoire inférieure : onze dents, à droite canine et première molaire de lait, la deuxième molaire de lait arrachée n'a pas été remplacée, à gauche canine et molaire de lait ; gencives en bon état. — Articulation normale : voûte palatine peu profonde ; piliers du voile du palais asymétriques. — Amygdales un peu grosses ; luette assez longue.

Cou assez court (circonférence, 29 centim. et demi). — Thorax bien conformé. — Abdomen normal. Pas de déviation du *rachis*.

Les *membres supérieurs et inférieurs* sont bien conformés, ont des dimensions égales, la démarche est normale.

Organes génitaux : normaux, très peu développés ; le gland se découvre bien, pas d'adhérences ; les testicules sont de la grosseur d'un pois à peu près. Pas d'onanisme, miction normale [1].

La *peau* est blanche, glabre et ne présente pas d'autres taches que quelques petites ecchymoses résultant des chutes ; il existe

[1] Examen des *organes génitaux*, pratiqué le 17 janvier 1885 : Pénil glabre, verge petite ; circonférence 4 centim. et demi, longueur 5 centim. et demi. — Prépuce long, quelques adhérences à la base du gland à droite, méat un peu en arrière, testicules descendus, de la grosseur d'un petit haricot. — Onanisme.

quelques cicatrices sur le cuir chevelu surtout à droite. Cheveux châtains, cils noirs et très longs.

La *respiration*, la *circulation*, la *digestion* ne présentent aucune anomalie.

Sensibilité générale et spéciale, normale. — Le *phénomène du tendon* est assez marqué des deux côtés, mais plus à gauche.

L'*intelligence* est en partie conservée; l'enfant connaît la date du jour, le nom du mois, son âge, etc., il ne se rappelle pas la date de son entrée [1]. Le *sommeil* est bon. Le *dynamomètre* donne à gauche 38, à droite, 40.

Description d'un accès. — Pas d'aura. — Petits cris initiaux. *Période tonique*: face à droite, yeux tournés en haut et à droite; paupières ouvertes ou demi-closes, pupilles très dilatées, cou rigide dans l'extension, bras droit dans l'extension, main fermée pouce en dedans, bras gauche en demi-flexion, doigts écartés, le pouce tantôt dans l'extension, tantôt fléchi dans la paume de la main, les autres doigts fléchis. Membres inférieurs dans l'extension incomplète; pied gauche en *varus équin*, plus accusé qu'à droite, bien que ce soit à droite que la rigidité prédomine. *Période tétaniforme*: la face devient de plus en plus rouge; convulsions tétaniformes de la face à droite, puis dans les quatre membres, avec légère prédominance à droite.— *Période clonique*: peu accentuée; quelques secousses dans les membres surtout dans la jambe droite; pâleur de la face très prononcée. — Pas de *stertor*, pas d'écume (ou parfois légère écume). L'enfant revient de suite à lui, sourit; miction involontaire inconstante. Durée totale: une minute.

Dans d'autres accès; pas de cri ou d'autres fois cri, un peu sourd et prolongé, chute en arrière. — Quelquefois en revenant à lui, il se frotte la figure de la main gauche et se réveille peu à peu (5 à 6 minutes). Parfois, il pleure après ses accès.

1880. 26 *avril*. L'enfant a eu dans la nuit du 24 au 25, 13 accès; dans la journée d'hier 10 accès; dans la nuit 19 accès et 11 accès ce matin jusqu'à 10 heures et demie. — Soir : T. R. (25 avril) 30°. — 26 *avril*, matin : 39°,4. — Soir: T. 37°,8; P. 124; R. 36. Pommettes colorées, assoupissement; pupilles normales.

15 grammes d'huile de ricin avec 1 goutte d'huile de croton. Lavement, sulfate de quinine, 50 centigr. — Pas d'accès de midi à 8 heures du soir.

27 *avril*. 26 accès dans la nuit; ce matin de 7 à 8 heures 10; de 8 heures à 10 heures et demie, pas d'accès. T. R. matin, 39°. L'enfant est éveillé, P. 96. Pas de vomissements, langue humide, selles abondantes; il a gâté.

[1] Depuis cette époque l'intelligence a considérablement diminué (Voir janvier 1885).

30 *avril.* Pas d'accès depuis le 25. Julep avec 2 grammes de *bromure de potassium.* — 5 *mai* : 3 grammes. — 10 *mai* : 4 grammes. — 15 *mai* : 5 grammes. — 20 *mai*, 6 grammes. — 1er *mai* : *Chute du rectum* facilement réductible.

6 *mai.* — Lecture : sait ses lettres ; écriture : fait des bâtons; calcul : connaît les chiffres. — Paraît avoir peu de mémoire ; parle difficilement. — Gymnastique : ne fait que les mouvements. — *Traitement :* Bromure de potassium avec sirop de diacode.

24 *juin.* — Travaille très peu ; accès fréquents ; somnolence ; de moins en moins intelligent. Purgatif; suspension du bromure de potassium les 26 et 27. A partir du 28 juin, 2 grammes de bromure de potassium ; du 1er au 5 juillet, 3 grammes avec augmentation progressive tous les 5 jours d'un gramme jusqu'à 7 grammes.

3 *septembre.* — Revacciné sans résultat le 26 août.

4 *septembre.* — Suspension du bromure de potassium les 5 et 6; le 5 septembre : purgatif; le 7, bromure de potassium, 2 grammes ; le 10, 3 grammes; augmentation progressive d'un gramme tous les cinq jours, 2 bains salés par semaine.

25 *septembre.* — Progrès très sérieux en lecture seulement.

27 *octobre.* — Emmené par sa mère en congé.

4 *novembre.* — Ramené par sa mère, il a eu plusieurs accès chez lui (2 le 1er, 5 le 2, 4 le 3, 4 le 4) ; sa mère prétend « que, quand la lèvre supérieure devient grosse, cela indique l'approche d'un accès ».

5 *novembre.* — Purgatif; 2 bains salés par semaine.

6 *novembre.* — Bromure de potassium : 2 grammes; — le 16 *novembre* : 3 grammes; — le 26 *novembre*, 4 grammes.

18 *décembre.* — Purgatif; suspension du bromure de potassium, le 19 et le 20.

21 *décembre.* — Bromure de potassium : 2 grammes, etc.

1881. 11 *juin.* — Traitement par l'*hydrothérapie* et le bromure de potassium (4 grammes), jusqu'au 30 juin. Suspendre pendant 8 jours et recommencer par deux grammes en augmentant d'un gramme tous les 10 jours jusqu'à 10 grammes.

4 *juillet.* — A fait assez de progrès à l'école; lit demi-couramment; est plus intelligent. — Gymnastique : peu de progrès.

2 *décembre.* — Quelques petites adénites cervicales.

13 *décembre.* — L'enfant est obéissant, très joueur ; n'est pas méchant; fait quelques progrès à l'école et à la gymnastique. *Suppression des douches* ; il prend toujours du bromure de potassium; aller jusqu'à 6 grammes.

1882. 13 *janvier.* — Le bromure de potassium a été suspendu le 2 janvier ; du 14 au 21 janvier : 2 grammes; augmenter d'un gramme toutes les semaines, jusqu'à 6 grammes.

17 *janvier.* — 15 accès de jour ; 25 de nuit. T. R. soir : 39°,2.

18 *janvier.* — T. R. matin : 39°,6.

25 *février*. — Revacciné sans succès.

1er *mai*. — *Suppression du bromure dé potassium.*

16 *mai*. — *Hydrothérapie.*

26 *octobre*. — L'enfant a, depuis le commencement du mois d'août, une plaque de *teigne* sur la région pariétale gauche; épilation, lotion de sublimé.

3 *décembre*. — *Suppression de l'hydrothérapie.* — Progrès peu sensibles à l'école, etc.; mémoire faible. Malgré les douches, les accès ont augmenté ; la nutrition s'est bien maintenue; il paraît avoir profité physiquement, les joues sont pleines et fraîches.

1883. 30 *mars*. — *Traitement par les injections hypodermiques de curare.*

12 *mai*. — Depuis la veille au matin, 9 accès, dont deux pendant la visite. Il pleure abondamment quand on le voit.

1er *juin*. — Quelques progrès à l'école; il serait taquin envers ses camarades.

8 *juin*. — *Suppression du traitement par les injections hypodermiques de curare*. — *Hydrothérapie.*

3 *septembre*. — Il y a six jours, Mul... s'est fait en tombant au-dessus de la queue du sourcil droit une *plaie linéaire* de 1 centim. et demi. Depuis cette chute, accès nombreux tous les jours.

12 *octobre*. — Depuis une douzaine de jours, accès répétés (3 à 4 par jour); le 6 octobre, des sangsues posées derrière chaque oreille ont produit la suspension des accès pendant deux jours. Bromure de potassium 3 grammes. Voici quelques températures durant cette période : le 5 octobre au soir, T. R. 38°,6; — le 6, T. R. 33°. — Soir : 38°,9; — le 7, T. R. 37°,9. — Soir : 38°,3; — le 8, T. R. 37°,6.

22 *octobre*. — Les accès sont beaucoup moins fréquents et ne sont plus quotidiens. Suppression du bromure de potassium.

30 *novembre*. — *Suppression du traitement hydrothérapique.*

15 *décembre*. — L'enfant ne fait plus de progrès à l'école; il est devenu paresseux, taquin, malpropre.

1884. 1er *avril*. — *Traitement hydrothérapique.*

12 *juin*. — Les notes de l'école constatent que Mul... décline chaque jour. Il a des accès fréquents (en mars, 197).

14 *juin*. — Il entre à l'infirmerie; il fléchit sur les jambes, a 6 accès par jour et autant la nuit.

19 *juin*. — Deux verres d'eau de Sedlitz.

28 *juin*. — Amélioration notable; il n'y a plus que 2 accès dans les 24 heures. Accès du mois : 222.

15 *juillet*. — Aggravation nouvelle; accès très répétés, pas d'excitation maniaque, hébétude, irascibilité, affaiblissement physique. M... a de la peine à marcher à la promenade, depuis trois mois surtout; pupilles égales, un peu dilatées. Léger frémissement de la pointe de la langue. Il bave beaucoup; autrefois il ne bavait que

dans ses accès. La parole jadis libre est traînante, pénible. Il sait encore son âge et la date. — Conjonctivite palpébrale double.

12 *décembre.* — A la suite d'accès nombreux, l'enfant présente une *hémiplégie droite incomplète*; l'épaule est tombante, il boîte; il peut toutefois mettre le bras sur la tête. Le bassin est projeté en arrière; il fauche de la jambe droite; cependant il peut avec effort soulever le pied; mais, en l'absence d'effort, la pointe du pied traîne, et c'est sur elle surtout qu'il appuie. Le rachis présente à la région dorsale une grande concavité droite. La sensibilité st conservée. — Le malade est hébété, répond très peu et d'une façon contradictoire. Il fait automatiquement tout ce qui lui est commandé. Pas de céphalalgie. — Le *dynamomètre* donne à droite : 5 et à gauche 12 et demi. — *Traitement* : bromure de potassium.

1885. 14 *janvier.* — Mul... n'a pas eu d'accès depuis huit jours. La motricité est revenue dans le côté droit. La jambe seule reste traînante dans la marche.

17 *janvier.* — Nouvelle aggravation. Les forces physiques décroissent, M... a de la peine à tenir sa plume, à marcher lors des promenades. La déchéance intellectuelle s'accentue, il ne peut plus apprendre de fables comme autrefois, il sait toutefois les détails de la date; il rit sans motif. — *Dynamomètre* à droite : 25; à gauche : 22. — *Traitement* : 7 grammes de bromure de potassium jusqu'à la fin du mois.

MOIS	1880		1881		1882		1883		1884	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			1	»	269	2	60	»	122	»
Février			»	»	25	2	50	»	64	»
Mars			»	»	31	»	56	»	197	»
Avril	162	»	10	»	71	13	55	»	34	»
Mai	13	»	49	»	51	5	70	»	50	»
Juin	»	»	»	»	40	»	96	»	222	»
Juillet	»	»	4	3	61	»	107	»	36	»
Août	»	»	6	3	30	»	107	»	93	»
Septembre	»	»	4	»	29	4	162	»	86	»
Octobre	»	»	20	1	24	»	132	»	57	»
Novembre	23	»	59	2	20	»	57	»	57	»
Décembre	»	»	63	3	24	»	62	»	231	»
TOTAUX	200	»	216	12	645	26	1014	»	1459	»

	POIDS.	TAILLE.
Avril 1880....	18 kil.	1 m. 10
Septembre.....	20 kil. 700	1 m. 16
Juillet 1881.....	21 kil. 55	1 m. 17
Décembre 1881.	22 kil. 900	1 m. 18
Juin 1882......	24 kil. 400	1 m. 19
Janvier 1883...	25 kil. 700	1 m. 21
Juin 1883......	26 kil. 700	1 m. 23
Janvier 1884....	28 kil. 500	1 m. 25
Août 1884......	29 kil. 900	1 m. 26
Janvier 1885....	30 kil. 600	1 m. 27

Durée du traitement : deux mois et demi (69 jours) du 30 mars au 8 juin 1883. — *Dose absorbée* : 2 gr. 508 milligr.

Ce malade a débuté le 30 mars par 10 gouttes (2 centigr.) de la solution à 4 p. 100, 12 gouttes le 31 mars, 14 gouttes le 3 avril, 16 gouttes le 8 avril, 18 gouttes le 13 avril, 20 gouttes le 18 avril, 11 gouttes de la solution à 8 p. 100 le 5 mai, 12 gouttes le 10 mai; 8 gouttes le 14 mai, 9 gouttes le 17 mai, 7 gouttes du 24 mai au 8 juin.

En examinant le tableau des accès, on voit que la maladie n'a subi aucune amélioration durant le traitement par les injections hypodermiques de curare, et que celle-ci a suivi sa marche progressive ordinaire. En 1882, nous trouvons pour les mois d'avril et mai, 122 accès et 18 vertiges; en 1883 (année du traitement), 125 accès, pas de vertiges; en 1884, 84 accès.

L'observation de Mul... mérite que nous nous y arrêtions un instant avant de passer à une autre. Nous devons relever qu'il était en retard par rapport à ses frères et sœurs : il a notamment parlé, marché et été propre beaucoup plus tard qu'eux. De plus, il avait un *tic* particulier. Son intelligence pourtant semblait se développer lorsque, à six ans, débutèrent les vertiges, suivis au bout de quelques mois d'accès épileptiques.

Durant plusieurs années, les facultés intellectuelles se sont maintenues à peu près au même degré; mais, depuis la fin de 1881, et surtout pendant l'année 1884, elles ont baissé progressivement. L'épilepsie a subi une marche ascendante, ainsi que le montre le tableau des accès : 216 en 1881; 645 en 1882; 1,014 en 1883; 1,459 en 1884. L'enfant est dément et, chez lui, en raison de l'affaiblissement des membres, du frémissement de la pointe de la langue, de l'embarras de la parole, de la bave, nous estimons que l'épilepsie se complique de *méningo-encéphalite chronique*. Nous croyons, en outre, que les lésions

prédominent sur l'hémisphère gauche du cerveau, nous fondant sur l'*hémiplégie droite* transitoire notée à la fin de l'année 1884.

OBSERVATION XVI. — *Père alcoolique mort de paralysie générale. — Grand-père paternel mystique, violent. — Grand-oncle paternel suicidé (délire de persécution); une fille de ce dernier hystérique. — Autre grand-oncle mort aliéné. — Cousins aliénés.*

Epilepsie idiopathique. — Accès de colère de la première enfance à 1881. — Fièvre cérébrale et convulsions à 7 ans (1876). — *Premier accès en août* 1881. — *Description des accès. — Hallucinations et accès de manie avant et après les accès. — Séries; états de mal. — Affaiblissement intellectuel. — Phimosis. — Onanisme; rapports sexuels. — Puberté.*

Crest... (Adrien), né le 15 mai 1869, est entré à Bicêtre le 20 mars 1882 (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (13 avril 1882).—*Père,* mort en 1872, à l'âge de trente-deux ans, à l'asile de Montdevergues, où il est resté quinze mois : il disait avoir des millions, de grandes quantités de marchandises et avoir trouvé le secret de ne pas mourir. Il était fabricant de toiles dans le département de Vaucluse et sous l'influence de sa maladie il s'est livré à des spéculations malheureuses. — Marié à vingt-huit ans, déjà et depuis longtemps il avait l'habitude de boire; parfois il buvait jusqu'à un litre d'absinthe; avec un de ses amis il pariait à qui en boirait le plus. Il buvait encore du champagne et de l'eau-de-vie; enfin il fumait beaucoup. Il était cholérique et sujet à des *migraines* (vomissements et saignements de nez); il avait « comme une espèce de dartre farineuse » erratique. Aussitôt après le mariage sa femme s'aperçut qu'il n'était pas comme tout le monde, qu'il avait des idées extraordinaires ; quatre à cinq jours plus tard, on est venu faire une saisie, il ne s'en doutait pas: son intelligence, qui avait été assez développée, était donc déjà atteinte. [*Père,* mort à soixante-dix-huit ans; il était « *halluciné, mystique* », très violent; il battait sa femme et ses filles. » — Un de ses frères (grand-oncle du malade) s'est *suicidé* en se jetant dans un puits; il était atteint du *délire de la persécution* (ses enfants sont morts les uns de la poitrine, une avait des *attaques de nerfs*, un autre, qu'on appelait le *lutteur*, ou le *Tauréau de Provence*, à cause de sa force, a été condamné pour vol et tentative d'incendie; reconnu aliéné, il a été sequestré dans l'asile de Cadilac, puis transféré à l'asile de Mondevergnes); — un autre frère, l'abbé Gabriel Cr..., est devenu fou, a été destitué et enfermé dans un asile. Le Dr Campagne aurait dit à la mère du malade que, sur les livres de l'asile, il y avait beaucoup de Cr... — *Mère,* morte toute jeune des suites de

mauvais traitements, on ne croit pas qu'elle fut nerveuse, elle était douce, « c'était une excellente créature ». Un oncle paternel de notre malade, François Cres.., est mort aliéné à Montdevergnes (il a deux fils chétifs, et une fille qui n'auraient pas d'affections nerveuses); — deux tantes maternelles s'adonnent à des pratiques religieuses exagérées; elles n'ont pas d'enfants, on ne peut donner d'autres détails sur elles. Il y aurait eu plusieurs *paralytiques* dans la famille. Pas d'autres suicides. Une Cr..., à un degré de parenté que l'on ne peut préciser, « avait la figure tournée de côté »; le père de celle-ci s'était remarié à soixante ans « avec sa servante qui faisait la noce »; les deux fils de ce même Cres.. ont été arrêtés comme incendiaires et enfermés plusieurs fois dans des asiles [1].]

Mère, trente ans, châtaine, de physionomie agréable, modiste chez elle, « parce que mon mari m'a laissé dans la peine »; elle est bien portante, n'est sujette ni aux migraines ni aux attaques nerveuses, elle est peu impressionnable, a eu beaucoup d'ennuis avec son mari. Jamais de maladie de peau. — [*Père*, mort de vieillesse, à soixante-dix-huit ans, « s'était remarié et ne s'est jamais occupé de moi; il m'avait placée au couvent où mon mari m'a prise parce que j'étais orpheline ». — *Mère*, morte en couches « quand je suis venue au monde, dit-on ». Ni frère, ni sœur; mon père était Suisse, ma mère Espagnole et je ne puis pas donner d'autres renseignements sur ma famille.] — Pas de consanguinité.

Six *enfants* dont quatre du père du malade : 1° notre malade ; 2° garçon, douze ans, né dix mois après le premier, est délicat, a eu des bronchites; deux fois on l'a renvoyé de pension parce qu'il avait des *convulsions*, il est moins intelligent que notre malade; 3° garçon, mort d'une *fièvre cérébrale* avec *convulsions* consécutives à une chute; — il avait une taie (?) sur l'œil à la naissance, de même que l'enfant précédent; après la naissance de ce troisième enfant, le père ayant déjà été enfermé à l'asile de Montdevergnes, on avait essayé de faire vivre la mère du malade en dehors de son mari; mais un jour, il est parvenu à avoir de nouveaux rapports dans lesquels a été procréée: 4° une fille, âgée de 9 ans; elle est intelligente, gentille, très nerveuse; a eu des *convulsions* dans le cours d'une fièvre typhoïde à sept ans. — D'un amant, deux enfants : 5° garçon, sept ans, bien portant, pas de convulsions; 6° fille, six mois, est bien venante, pas de convulsions.

[1] Afin de vérifier l'exactitude de tous ces renseignements, nous avons écrit à M. le Dr Campagne, médecin en chef de l'asile de Montdevergnes, qui a eu l'obligeance de faire des recherches minutieuses sur les registres de son asile; elles confirment, en somme, ce que nous avons rapporté.

Notre malade. — A la *conception*, le père de l'enfant était déjà malade, et buvait beaucoup; c'est étant ivre que tous les enfants ont été conçus; c'est surtout dans cet état qu'il avait des rapports sexuels. — *Grossesse* accidentée par des chagrins, des ennuis de toute sorte, occasionnés par son mari qui la battait souvent, lui enfonçait les ongles dans la peau durant ses moments de rage. Elle resta alitée pendant huit jours à la suite d'un traumatisme; son mari la serra dans une porte; pas d'alcoolisme. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme; la tête est restée assez longtemps au passage. — *A la naissance*, l'enfant était cyanosé; on l'a frictionné et ce ne serait qu'avec peine qu'on aurait réussi à le faire revenir. — *Elevé au sein* par une nourrice, il ne dormait pas, avait des *accès de cris*, était très méchant. Attribuant ces accidents au lait de la nourrice, on la remplaça par une autre, mais la situation resta la même. Cr... a marché à deux ans; les accès de cris s'étaient transformés en *accès de colère* dans lesquels il devenait tout bleu se roulait à terre, injuriait sa mère, la battait, ces crises duraient une heure au plus. Il a parlé vers quinze mois; — a presque toujours uriné au lit jusqu'à onze ans; — il allait à l'école du pays où il apprenait bien. Les accès de colère ont continué jusqu'au mois d'août 1881. Il était alors placé à l'orphelinat Saint-Vincent-de-Paul, où on payait pour lui 35 fr. par mois, il y eut plusieurs accès de colère. C'est là *qu'il aurait eu ses premiers accès*; il en a eu chaque matin pendant trois jours consécutifs; on l'a fait examiner à l'asile Saint-Jean-de-Dieu (août 1881) et peu après on l'a rendu à sa mère (novembre 1881), qui l'a gardé jusqu'à son placement à Bicêtre. Elle assure que depuis le début de ses accès, Cr... est devenu très peureux, tandis qu'il ne l'était pas auparavant. Il dit sans cesse qu'il a *peur d'une grosse araignée* toujours placée devant ses yeux.

Sa mère décrit ainsi les accès : Pas d'*aura*, *cris*, *hurlements*, rigidité du corps, constriction des mâchoires; agitation consécutive; ronflement, miction, écume, pas de défécation. *Avant les accès*, tristesse, idées de suicide (il a essayé de se donner un coup de couteau à la tempe gauche). — *Après les accès*, il a eu plusieurs fois des troubles intellectuels; ainsi, un jour, il est allé ouvrir une porte, a regardé, est revenu et a dit: « Ils se sont tous évadés ». — Un autre jour, il est allé pieds nus chercher un pain de quatre livres, sans qu'on le lui eut commandé; d'autres fois, il a commis des actes de violence, il a battu sa mère, sa sœur; une fois il a essayé de donner à celle-ci des coups avec une pincette rougie au feu; sur le reproche qu'on lui faisait: « On vient de me le dire là » en montrant l'oreille. Après les crises, on note encore quelques divagations, des paroles incohérentes.

En dehors des accès de colère et d'épilepsie, Cres... est très doux et très bon. L'*intelligence* a diminué depuis le mois d'août, et de

plus le sommeil est agité par des cauchemars, des peurs et cela surtout avant les accès. On croit qu'il se livre à l'*onanisme*.

Rougeole à 3 ans, fièvre cérébrale à 7 ans, attribuée à un coup de soleil et durant laquelle il aurait eu des *convulsions* pendant 9 jours avec des intervalles; elles étaient générales, ne prédominaient pas d'un côté du corps, et ne furent pas suivies de paralysie; la maladie dura un mois ; elle eut pour conséquence de rendre les accès de colère plus violents sans modifier leur fréquence. Cres... se serait mis alors à travailler beaucoup, mais cette ardeur n'a été que momentanée. Il est très vorace; paraît *haineux*. Il avait pris en grippe une femme de ménage de sa mère, la battait, disait que, s'il avait vingt ans, il lui ferait tomber la tête. Pas d'autres maladies que celles qui ont été notées.

État actuel (2 mai 1882). — *Tête* : crâne petit, ne paraissant pas asymétrique ; pas de méplat à la partie supérieure de l'occipital, bosses pariétales peu prononcées, ainsi que les apophyses mastoïdes; rainure transversale au niveau de la fontanelle antérieure. — Cicatrice oblique sur le pariétal droit vers la partie médiane, résultant, selon le malade, d'une chute pendant sa première enfance.

	1882	1883
Circonférence de la base. . . .	51	53
Diamètre antéro-postérieur. . .	16.5	17
— bi-temporal	10.7	13
— bi-pariétal.	»	14 1/2

Face à peu près ovale; front bas et étroit, assez bombé; la bosse frontale droite est plus saillante que la gauche ; celle-ci n'est bien marquée qu'au voisinage de la ligne médiane; à la partie externe, elle manque complètement. Il n'y a pas de dépression sus-orbitaire, les arcades sourcillères sont petites et peu saillantes ; les régions temporales, modérément aplaties, ne présentent rien de particulier, pas de lésions oculaires, de strabisme, etc. Iris bleu jaune, pupilles égales et contractiles ; dépression assez marquée au niveau de la racine du nez ; celui-ci est droit et de volume moyen ; mais les os propres du nez paraissent assez volumineux. *Bouche* petite ; lèvres moyennes ; menton arrondi et peu proéminent ; fossette sous-mentonnière peu accusée. *Oreilles* égales (5 centim. et demi), bien ourlées, lobule petit, incomplètement détaché.

Thorax (74 centimètres au-dessous du mamelon), et *bassin* bien conformés; pas de déviation du *rachis*. — *Membres supérieurs et inférieurs* réguliers. *Cou* petit et court (circonférence, 28 centimètres); glande de la grosseur d'un petit œuf de pigeon en avant du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit. La *digestion*, la *respiration*, la *circulation* ne présentent aucune anomalie. — *Dentition* :

mâchoire inférieure, 14 dents permanentes, bien rangées et non cariées; mâchoire supérieure, 12 dents; la deuxième grosse molaire n'est pas encore sortie, restent les deuxièmes molaires de lait très ébranlées; articulation normale, forme des mâchoires normale; voûte palatine peu profonde, paraît légèrement inégale, et semble plus élevée à droite qu'à gauche; voile du palais symétrique; luette très longue, frôlant presque la partie postérieure de la langue; piliers normaux; amygdales très volumineuses, surtout la droite; muqueuse du pharynx assez rouge; langue large. Gencives en bon état.

Organes génitaux : la verge est relativement longue; *phimosis* congénital assez prononcé; aussi le gland se découvre-t-il avec difficulté; adhérences préputiales; gland assez développé. Testicules descendus, peu volumineux, le gauche surtout paraît comme atrophié [1].

Peau et système pileux. — La face est assez colorée, le reste du corps est légèrement pigmenté. Deux petites cicatrices venant de blessures faites en jouant sur la face dorsale de la main droite. Au niveau du pli du coude, des deux côtés, deux petites plaques rouges peu colorées, mais suintantes, donnant lieu à de la desquamation, et étant le siège de démangeaisons assez vives; l'enfant ne peut préciser la date de leur apparition. Les cheveux sont blonds, assez abondants, les sourcils bruns assez fournis; les cils bruns très longs. Cres... est imberbe; aisselles, pénil et le reste de la surface du corps glabres. Il avoue se masturber : « C'est mon cousin, dans la ville où je suis né, qui m'a appris cela ». Son cousin avait dix-huit ans.

Sensibilité générale et *spéciale* normale; pas d'exagération des réflexes. *Marche* régulière, normale. Le *dynamomètre* donne, à droite 42, à gauche 32; en janvier 1885, 79 à droite, 68 à gauche.

Le malade paraît *intelligent*; il répond avec beaucoup de précision et de netteté à toutes les questions qui lui sont adressées. Le caractère est doux et tranquille. C... ne se dispute jamais; se tient bien à table. Le *sommeil* est généralement bon, mais il lui arrive assez souvent d'avoir des heures entières d'insomnie dont il ignore la cause; il rêve assez fréquemment sans avoir de cauchemars.

Description d'un accès. — Pas d'aura. — Sans cri ou à la suite d'un petit gémissement, l'enfant se renverse lentement dans son

[1] Examen des organes génitaux en juillet 1884 : poils peu abondants au pénil; bourses pendantes; testicules normaux, gros; verge longue et grosse; gland découvrable; méat relativement peu large. — En janvier 1885 : poils châtains assez abondants et assez longs au pénil; verge longue et volumineuse; bourses pendantes; testicules de la grosseur d'une noix. Masturbation moins fréquente.

lit; la face pâlit très peu, la tête s'incline à gauche, les yeux regardent en haut et à gauche, les paupières sont ouvertes, le corps est rigide. — Au bout de quelques secondes, les pupilles se dilatent et les globes des yeux commencent à rouler, les paupières restant toujours ouvertes. Alors, *secousses cloniques* aussi prononcées à droite qu'à gauche. Parfois, la période clonique manque. — Au bout d'une minute environ, la tête revient de gauche à droite, l'enfant regarde avec étonnement autour de lui. On croit tout terminé, mais bientôt il ferme les yeux, la respiration devient stertoreuse. A ce moment, les pupilles sont extrêmement dilatées, la langue est entre les dents, il y a de l'écume. Cet état dure environ 4 minutes, puis le *stertor* cesse. Pendant la dernière période de l'accès, l'enfant est très congestionné et sue abondamment. — Hébétude consécutive.

1882. 5 *mai*. — Légère *amygdalite* pultacée à droite.

11 *mai*. — L'enfant est à l'infirmerie depuis deux jours en série d'accès; le 9 mai, il a eu un accès; dans la nuit du 9 au 10, 4 accès; le 10, 3 accès; dans la nuit du 10 au 11, 28 accès; ce matin, avant la visite, il a eu 4 accès. La face est très rouge, les conjonctives injectées, les pupilles modérément et également dilatées ; mutisme absolu. L'enfant qui ordinairement parle et comprend très bien, se met à rire à chaque question qu'on lui pose, sans faire aucune réponse. — T. R. 38°, 4. Soir : T. R. 38°, 6.

Hier 10 mai, il a été impossible de prendre la température à cause de l'agitation de l'enfant : il a mordu et cherché à frapper les personnes qui l'entouraient. Appétit à peu près nul depuis le début de la série.

12 *mai*. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°,4.

13 *mai*. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°.

14 *mai*. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°.

15 *mai*. — T. R. 37°, 6. — Hier l'enfant était agité, proférait des menaces, injuriait, disait qu'on voulait le voler, cherchait à frapper les autres enfants; la nuit a été calme. Ce matin, il prétend voir des choses bizarres: un *diable* avec des ailes, des cornes, une fourche, tel qu'on le voit sur les images, et aussi une *araignée* énorme ; il a en outre une sensation de chute dans un précipice. Pas d'hallucinations de l'ouïe; appétit bon.

24 *mai*. — Les notes de l'*école*, de la gymnastique, etc., constatent qu'il est intelligent, travailleur et progresse.

1er *juin*. — Hier, à trois heures de l'après-midi, Cr... a été pris d'un *état de mal*; à 8 heures, il avait eu 20 accès et 10 vertiges. A 8 heures du soir, il était dans un état comateux. T. A. 39°, 8. Ce matin, il est assez éveillé depuis quelques instants; mais à 5 heures, il était agité et avait le visage très rouge; à 7 heures il s'est mis à pleurer, puis s'est levé du lit, se figurant qu'on lui di-

sait des sottises et a voulu frapper un de ses camarades. T. A. 38° — Les accidents se sont peu à peu dissipés.

8 *juin.* — *Brûlures* légères qu'il s'est faites en renversant sa soupe sur sa poitrine.

20 *juin.* — C... a eu 7 accès ce matin; hébétude; nouvel accès à la suite.

21 *juin.* — Deux autres accès hier; ce matin encore, les yeux sont hagards; on a dû, faute de cellule, lui mettre la camisole à cause de son agitation [1]. A la suite, il est calme et a repris sa connaissance.

11 *octobre.* — Cr... a eu 9 accès cette nuit; ce matin il est couché, regarde d'un air effaré, ne semble reconnaître personne, pas même sa mère; à toute question il répond: *mé, mé.* Par moments il pleure sans motifs. T. R. 40°,2. — Soir: T. R. 40°.

12 *octobre.* — T. R. 38°,2. — Soir : T. R. 38°.

13 *octobre.* — T. R. 37°,6. — Soir : T. R. 37°,6.

26 *octobre.* — Revacciné sans résultat.

30 *décembre* . — Progrès à l'école. — Période d'*agitation maniaque* à la suite d'accès.

1883. 8 *janvier.* — Cr... est complètement remis de ses derniers accidents.

9 *février.* — Dans la nuit du 6 au 7, 17 accès. T. R. 38°,7. — Soir : T. R. 38°,4.

7 *février.* — T. R. 38°,2. — Soir: T. R. 38°,2.

8 *février.* — T. R. 38°,4. — Soir : T. R. 38°,2.

6 *février.* — T. R. 37°,8. — Soir : T. R. 37°,2.

10 *février.* — T. R. 38°. — Soir : 37°,2. — Dans un accès, C... s'est mordu assez profondément le bord gauche de la langue; il a été très agité.

12 *février.* — Amélioration, quoiqu'ayant encore conservé un certain degré d'irritation. — Purgatif, bain, sirop d'iodure de fer.

3 *mars.* — Début du *traitement par les injections hypodermiques de curare.*

8 *mars.* — L'enfant déclare spontanément qu'il a maintenant plus de peine à apprendre ses leçons qu'autrefois. Le regard n'est pas encore dur, la physionomie est éveillée, la figure rose. — Curare et sirop d'iodure de fer.

20 *mars.* — Série d'accès (20) T. R. 39°,2. — Soir : T. R. 38°,8.

13 *avril.* — Début d'une série d'accès cette nuit (12 accès); ce matin à la fin d'un accès la période de stertor étant passée, on le trouve la face d'un rouge vermillon intense, couverte de sueur, brûlante; il urine involontairement et abondamment sous lui;

[1] Les enfants agités sont laissés confondus dans un dortoir de 50 lits servant d'infirmerie, de réfectoire, de salle de réunion aux gâteux, etc.

l'enfant n'est pas encore revenu à lui. *Excitation maniaque* consécutive assez prononcée.

14 *avril.* — L'enfant est plus calme. — 16 *avril.* Il est revenu aujourd'hui complètement à son état normal.

29 *mai.* — Dans la nuit, 14 accès; T. R. 39°,2. — Soir : T. R. 30°,4. Physionomie égarée; joues rouges ; pupilles dilatées, également; excitation au moindre attouchement. Mutisme. Bain d'une heure; sinapismes; lotions vinaigrées; 2 lavements avec 50 centigr. de sulfate de quinine. — 2 *juin.* — Amélioration.

20 *juin.* — *Hydrothérapie.*

28 *juin.* — Nouvelle série d'accès (14 dans la nuit, 2 avant la visite); il ne répond à aucune question, se met à pleurer; visage rouge, couvert de sueur.

26 *juillet.* — Série d'accès (12, nuit du 25-26); 4 accès le 26. T. R. 38°, 5. — Soir: T. R. 38°, 5.

30 *juillet.* — Excitation maniaque. Bain d'une heure.

31 *juillet.* — C... raconte qu'il a eu très peur cette nuit, ayant vu assis sur une table une foule de petits bonshommes de 25 centimètres qui lui faisaient des grimaces (hallucinations). Encore un peu d'incohérence ce matin. Bain de trois quarts d'heure.

Octobre. L'enfant est mis en apprentissage à l'atelier du *tailleur.*

19 *novembre.* — Dans la nuit du 17 au 18, 17 accès; dans la journée, 2 accès. Il s'est levé plusieurs fois inconsciemment, avait les yeux hagards, ne savait ce qu'il faisait, ne parlait et ne répondait pas. — Soir: T. R. 39°.

19 *novembre.* — C... est complètement revenu à lui et a repris son état normal. T. R. 38°,2. — Soir : T. R. 38°.

22 *novembre.* — C... est un peu agité depuis hier; dit des bêtises, se sert de termes grossiers et orduriers, etc.; pas d'accès.

30 *novembre.* — Cessation du *traitement hydrothérapique.*

4 *décembre.*—Les notes de l'école sont assez bonnes, toutefois l'on constate une diminution de la mémoire, et « depuis six mois, Cr... est devenu acariâtre de doux qu'il était et emploie souvent des expressions ordurières qu'il n'aurait jamais prononcées auparavant.»

24 *décembre.* — Les périodes d'excitation maniaque et les accès de violence deviennent plus fréquents. La mémoire diminue. Il apprend moins bien qu'autrefois (fables, calcul), il sait les détails de la date du jour, de son entrée et de sa naissance. — Il raconte qu'un de ses cousins plus âgé lui apprenait les jours de sortie de lycée à se masturber; ils se masturbaient mutuellement; il avait alors 9 ans. — Il a continué depuis à se masturber ; il prétend ne pouvoir se retenir. L'enfant raconte encore qu'il embrassait les organes génitaux d'une petite fille de son âge (la fille d'un maréchal-ferrant); ceci lui serait arrivé une quarantaine de fois. Il dit enfin qu'étant chez sa mère il aurait eu, pendant trois mois, des rapports sexuels assez fréquents avec une domestique âgée

de 50 ans (?) qui couchait dans sa chambre; les accès ne seraient survenus que 7 mois après la cessation des rapports. Pendant plusieurs mois, le souvenir de cette domestique lui revenait, et il ne pouvait alors s'empêcher de se masturber. Actuellement ces souvenirs auraient disparu. A l'infirmerie, il aime à se rapprocher des infirmières.

1884. 8 *janvier.* — Nouvelle série d'accès avec excitation maniaque. Légère morsure de la langue. T. R. 39°. — Soir : T. R. 39°, 2.

9 *janvier.* — T. R. 38°, 8. — Soir : T. R. 38°, 8.

10 *janvier.* — T. R. 38°, 6. — Soir : T. R. 38°. L'enfant va mieux, bien qu'il soit un peu agité.

21 *février.* — Nouvelle série d'accès. T. R. 40°. — Soir : T. R. 39°. — 22 *février.* — T. R. 38°, 5. — Soir : T. R. 38°, 7. — 23 *février.* — T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°.

1er *avril.* — Traitement par l'*hydrothérapie.*

Juin. — Les notes de l'école, du tailleur, etc., sont assez bonnes. Cres... fait quelques progrès; il est sensible aux réprimandes. Les accès de colère persistent.

8 *juillet.* — Les périodes d'excitation maniaque sont plus rares. — *Traitement* : Outre les douches, bromure de potassium.

Décembre. — Les notes du tailleur et de l'école sont bonnes; l'enfant a fait des progrès; la mémoire serait redevenue bonne, mais C... est insubordonné et très violent.

MOIS	1882		1883		1884	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			»	»	19	»
Février			21	»	16	»
Mars	22	15	21	»	11	»
Avril	6	34	17	»	15	»
Mai	73	10	26	»	13	»
Juin	11	»	19	»	9	»
Juillet	14	2	15	»	10	»
Août	22	»	24	»	15	»
Septembre	14	10	28	»	12	»
Octobre	3	»	30	»	9	»
Novembre	19	6	10	17	10	»
Décembre	17	»	9	»	13	»
TOTAUX	201	77	220	17	152	»

	POIDS.	TAILLE.
Mars 1882....	34 kil. 500	1 m. 40
Juin.........	37 kil. 700	1 m. 42
Janvier 1883..	42 kil. 800	1 m. 47
Juin..........	46 kil. 100	1 m. 52
Janvier 1884..	50 kil. 300	1 m. 57
Juillet........	54 kil. 300	1 m. 60

Durée du traitement par les injections hypodermiques de curare (106 *jours*). — *Doses absorbées* : 3 gr. 632. — Mis en traitement le 28 février à la dose de 15 gouttes (1 centig. et demi) de la solution à 2 p. 100, à celles de 16, 17, 18, 19 gouttes, les 4, 5, 6, 7 mars; il reçoit 12 gouttes de la solution à 4 p. 100 à partir du 8 mars, puis, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20 gouttes de la même solution à partir des 14, 19, 24, 29 mars et des 8, 13, 18 avril. En mai, il est mis à 10, 11, 12, 8, 9 gouttes de la solution à 8 p. 100 à partir des 1, 5, 10, 14, 17 du mois. Du 1er au 7 juin, il est à 9 gouttes, et à 11 gouttes du 8 au 18 juin.

Réflexions. — En comparant les trois mois de traitement avec les mois correspondants de 1882 et 1884, nous trouvons 64 accès pour l'année 1883, 101 accès et 59 vertiges pour 1882 et 39 accès pour l'année 1884. Au premier abord, il semblerait que le curare ait eu une action favorable, puisque l'on trouve un écart de 27 accès et 59 vertiges[1], dans le total des accès et vertiges des mois correspondants de 1882 et 1883 (année du traitement), en faveur de cette dernière période.

On doit se rappeler que Crest... a des séries d'accès irrégulières et plus ou moins nombreuses, que la comparaison avec les premiers mois qui ont suivi l'entrée des malades est souvent faussée par ce fait que très souvent, en dehors de tout traitement, le nombre des accès diminue alors progressivement sous l'influence du changement de régime, etc. Il est donc fort douteux que le traitement par le curare ait eu la moindre influence sur cette diminution, diminution encore plus accentuée pour les mois de mars, avril et mai 1884 (*hydrothérapie* du 1er avril au 30 octobre.)

L'*hérédité* a exercé chez ce malade une très grande influence : il appartient en effet à une famille où se rencontrent en grand nombre des *alcooliques*, des *mystiques*, des *excentriques*, des *aliénés*, etc. D'autres causes puissantes ont encore exercé une action sérieuse : Cr... a été conçu durant l'*ivresse*

[1] Cet écart est encore plus prononcé en réalité, car l'enfant n'est entré à Bicêtre que le 20 mars 1882.

alcoolique; sa mère, pendant la *grossesse*, a éprouvé de nombreuses émotions, a subi des traumatismes; *à la naissance*, il était *asphyxié*.

Les premiers accidents ont consisté en *accès de cris* (*infance*), remplacés plus tard par des *accès de colère* (*enfance*), A ceux-ci, vers 12 ans, se sont ajoutés des *accès d'épilepsie* compliquée de *délire* (hallucinations, excitation maniaque, etc.).

Les accès se montrent par *séries*. Nous avons même noté un véritable *état de mal*. Ils ont été plus nombreux en 1883, et les facultés intellectuelles ont baissé durant cette année, surtout la mémoire. Les accès s'étant un peu éloignés en 1884, on a remarqué que l'enfant paraissait recouvrer ce qu'il avait perdu au point de vue de l'intelligence.

Bien d'autres particularités cliniques très intéressantes pourraient encore être relevées dans ce cas. Nous nous bornons à celles qui précèdent et nous reprenons l'exposé de nos observations.

OBSERVATION XVII.— *Epilepsie symptomatique.— Père et grands-pères paternel et maternel alcooliques. — Sœur morte de méningite. — Cousine germaine : convulsions. — Premières convulsions à trois ans et demi; deuxièmes convulsions à quatre ans et demi, prédominant à gauche. — De quatre ans et demi à sept ans, dix à douze états de mal convulsifs. — A sept ans, nouvelles convulsions presque exclusivement limitées à gauche, suivies d'hémiplégie du côté correspondant. — Athétose. — Modifications de l'intelligence. — A dix ans, nouvel état de mal : nouvelle diminution de l'intelligence. — Début de l'épilepsie vers 1870. — Suspension des accès. — Pleurésie sèche* (1880). — *Traitement par les injections de curare : accidents locaux du côté paralysé; insuccès. — Mort dans un accès* (1883).

Autopsie : asymétrie du crâne. — Atrophie de l'hémisphère droit (250 *gr. de moins que le gauche*). — *Pseudo-kyste répondant à un foyer ancien d'encéphalite très étendu, ayant presque entièrement séparé l'hémisphère en deux portions.*

Lef... (Gustave), né le 22 septembre 1852, est entré à Bicêtre une première fois le 28 mai 1868, une seconde fois le 29 décembre 1871 (service de M. BOURNEVILLE); il est décédé le 10 novembre 1883, à quatre heures du soir.

Renseignements fournis par sa mère (28 août 1882). — *Père*, cinquante-deux ans, menuisier, taille moyenne, bien portant, n'est

sujet ni aux migraines, ni aux névralgies, ni aux maladies de peau. Il ne fume pas, mais il fait des *excès de boisson* une fois par mois (vin) : « un demi-setier de vin de plus qu'à l'ordinaire et il est pris ». Ses camarades le plaisantent : « Toi, Lef..., passant par les vignes, tu es gris »; il n'a pas le vin mauvais; il est un peu cholérique, bon ouvrier; marié à vingt et un ans. [*Père*, mort à quatre-vingts ans; on l'a noyé, pense-t-on, ou il est tombé par accident dans le canal du Loiret; menuisier, il faisait des *excès de boisson*. — *Mère*, morte vers vingt-huit ans, on ne sait de quoi; laissant cinq enfants. — *Grand-père paternel*, mort à quatre-vingts ans. Pas d'autres renseignements. — Quatre *frères* et une *sœur* : un frère est mort à quarante-huit ans, de la poitrine et de chagrin, dit-on, parce que son fils a « mal tourné » : il buvait, courait les filles, ne travaillait point (pas de condamnations); il s'est cassé la jambe et est resté trois mois à Lariboisière, et, un an après l'accident, il est mort de la poitrine, il n'avait pas d'enfants. La sœur est morte du choléra en 1849, laissant un fils qui est mort de la poitrine. Pas d'autres détails. Pas d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, de difformes, de suicides, de criminels dans la famille.]

Mère, quarante-sept ans, intelligente, teinturière, repasseuse, elle fait les apprêts. Mariée à dix-sept ans, elle est bien portante, sobre, a une physionomie régulière, agréable, n'a jamais eu aucun accident nerveux; elle n'a jamais eu de convulsions dans l'enfance, ni de maladies de peau. [*Père*, soixante et onze ans, maçon, bien portant, travaille encore; faisait autrefois de nombreux *excès de boisson*. — *Grand-père paternel*, mort à soixante-douze ans des suites d'une chute du haut d'une échelle. Auparavant, il était bien portant; il buvait un peu. — *Grand'mère maternelle*, morte vers soixante ans, on ne sait de quoi. — *Grand-père paternel*, mort du choléra en 1832. — *Grand'mère maternelle*, morte d'une fluxion de poitrine. Un *frère* est mort du choléra en 1865, ainsi que sa femme et son enfant. Une *sœur* est sujette à des douleurs d'estomac sans accidents nerveux. Elle a deux filles : l'une d'elles a eu des *convulsions*, mais elle est intelligente, l'autre est bien portante. — Pas d'aliénés, etc. — Pas de consanguinité.

Trois *enfants* : 1° notre malade; 2° fille morte à sept ans d'une *méningite;* elle était très intelligente; 3° fille, quinze ans, bien portante, intelligente; pas de convulsions, assez nerveuse.

Notre malade. A la *conception*, rien de particulier; elle a eu lieu trois mois après le mariage; pas de rapports dans les *excès alcooliques* : « s'il a bu, dès qu'il a la tête sur l'oreiller, il dort ». — *Grossesse* bonne, pas de traumatisme, ni de constriction, etc. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. A la *naissance*, L... était petit, n'était pas asphyxié; il était « très gentil ». Elevé au

sein en nourrice, repris à quatorze mois, il ne se tenait pas sur les jambes; il était en mauvais état; la nourrice était devenue enceinte; il fut alors placé chez sa grand'mère maternelle jusqu'à l'âge de vingt-deux mois. Il a marché à dix-huit mois et parlé à quinze-seize mois; il était assez précoce, et quand il est revenu de chez sa grand'mère, il était très gentil, « courait comme un lapin, était diable, intelligent ». Il a eu la rougeole à quinze mois, mais n'a eu aucune autre fièvre éruptive, ni diphtérie, etc. A trois ans et demi ou quatre ans, étant confié à la garde d'une personne étrangère, il est tombé sur un décrottoir et s'est fait une coupure au front, dont la cicatrice existe encore. Trois semaines après, il eut une diarrhée, au cours de laquelle survinrent des *convulsions* très fortes qui ont duré trois heures et « ont porté sur les deux côtés, mais elles étaient plus fortes à gauche ». Les convulsions avaient débuté à quatre heures du matin; la diarrhée existait sans autres symptômes depuis deux à trois jours. Un médecin lui fit appliquer des sangsues, mettre de la glace; le lendemain, il était calme, n'était pas paralysé; il fut complètement guéri au bout de quatre à cinq jours; il a alors marché et s'est servi de son bras « comme s'il n'avait rien eu ». — A quatre ans et demi, il eut de nouveau des *convulsions* qui durèrent environ cinq heures, portèrent sur les deux côtés; mais principalement sur le côté gauche. De quatre ans et demi à sept ans, les *convulsions* ont reparu dix ou douze fois, ayant toujours les mêmes caractères, c'est-à-dire avec prédominance à gauche sans paralysie.

A sept ans, sans prodromes, vers quatre heures du matin, comme presque toutes les autres fois, Lef... eut de *nouvelles convulsions*, qui cette fois ont été *presque exclusivement limitées à gauche*, elles ont duré *six heures*, et ont été suivies de « cris effrayants qui n'étaient pas humains ». Le malade serrait très fortement les dents; ces cris ont persisté presque toute la journée; la nuit fut assez calme et le lendemain matin un médecin constata la *paralysie du côté gauche*. Il ne reprit connaissance qu'au bout de vingt-quatre heures; il aurait eu de la fièvre (glace, éther, sinapismes); il ne se leva que vers le huitième jour, et il était incapable de se tenir sur la jambe gauche et de se servir du bras gauche « qui était tombant ». Il a recommencé à marcher quatre semaines après les convulsions (on lui avait fait prendre quatre bains électriques), mais il a toujours traîné la jambe et il la traîne autant aujourd'hui qu'à son entrée. Le bras n'a récupéré quelques mouvements qu'au bout de deux à trois mois. Depuis qu'il est à Bicêtre, la main a repris de la force. Le bras a été électrisé pendant un an, mais cela « n'a pas fait grand'chose ». Les *mouvements d'athétose* se seraient montrés vers le deuxième mois après les

convulsions. On n'a pas remarqué le début précis de la *contracture.*

Jusqu'à sept ans les convulsions ne paraissaient pas avoir touché l'intelligence, mais après les convulsions dont il vient d'être parlé celle-ci était très affaiblie. La parole, qui était très développée, libre, sans bégaiement, est devenue très embarrassée; Lef... restait quelquefois longtemps sans dire un mot; la parole est redevenue, plus libre vers huit ans.

De huit à dix ans, Lef... a habité Montereau, où il aurait eu encore une fois des convulsions, attribuées par le médecin à une *congestion cérébrale.* On ne sait combien de temps elles ont duré, ni quels étaient leurs caractères; il fut pendant neuf jours très malade. Après ces convulsions, l'intelligence aurait encore baissé. Lef... n'eut plus, à dater de cette époque, de nouvelles convulsions.

De dix à seize ans, on a essayé de le mettre à l'école, mais il n'apprenait rien; il se mettait en colère, se battait avec les autres enfants, et les dérangeait. Ses maîtres ont déclaré qu'ils ne pouvaient rien en faire. On a essayé de le mettre estampeur; il a fallu y renoncer, parce qu'il «n'y était pas»; du reste, il ne pouvait qu'à peine se servir de la main gauche, avec laquelle il ne pouvait qu'avec difficulté tenir son pain. On se décida à le placer à Bicêtre (seize ans), parce qu'il se laissait entraîner par des vauriens, avec lesquels, un jour, il avait volé des pruneaux chez un épicier; il avait pris la clef du logement et l'avait jetée à l'égoût; une autre fois ayant volé des allumettes il les avait fait flamber, etc. — Ses camarades l'avaient emmené un jour vagabonder à Saint-Ouen, un autre jour aux Champs-Elysées, d'où il avait été ramené à dix heures du soir, par une dame à qui il avait pu dire son adresse. Il causait à ses parents des inquiétudes continuelles. Dès son entrée, le 28 mai 1868, il a fréquenté l'école de Bicêtre, où il n'a rien appris; il n'a pas eu d'accès durant ce premier séjour. Transféré à Saint-Lizier, quelques jours avant l'investissement de Paris (fin août), il y est resté jusqu'au 29 décembre 1871, époque où il est rentré à Bicêtre: « Il était bien le même ».

Les accès auraient débuté à Bicêtre, on ne sait à quoi les attribuer; on n'avait rien observé dans les sorties, sauf une violente colère en avril 1882, sous un prétexte futile, et il y a trois semaines deux étourdissements dans lesquels il ne serait pas tombé et n'aurait pas perdu connaissance.

Son *caractère* a toujours été emporté avant les convulsions; même étant tout jeune, il se mettait en colère contre ses jouets. Depuis deux ans, on le trouve quelquefois un peu sombre. La *mémoire* est la même; elle n'a subi aucun changement depuis son retour de Saint-Lizier. — Pas d'onanisme jusqu'à vingt-six ans.

Pas de vers, pas de dartres, pas d'engelures, pas de croûtes dans les cheveux; pas d'ophthalmie. — Il aurait eu une otite à droite (?) qui aurait duré un an.

Etat actuel. — La main gauche est notablement plus petite que la droite ainsi que l'avant-bras correspondant; elle présente un état qui se rapproche de l'*athétose;* lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, les doigts se mettent dans l'extension forcée; il y a même une subluxation de la phalangine sur la phalange et ce phénomène est surtout marqué à l'index. — Les deux dernières phalanges restent dans une flexion modérée. Le pouce présente une subluxation en arrière de la première phalange; si on vient alors à placer les doigts dans la demi-flexion, ils reviennent d'eux-mêmes à l'état précédent; mais si on les place dans la flexion complète, ils y sont facilement maintenus. La *force* de la main est notablement diminuée. La main étant dans l'extension, si on demande au malade de la fermer, il arrive avec effort à fléchir les trois derniers doigts et le pouce; mais l'index, en raison de sa subluxation phalango-phalanginienne en arrière, ne peut être fléchi et reste étendu. Tous ces mouvements peuvent être exécutés volontairement, et il n'existe en somme aucun mouvement involontaire dans la main non plus que dans le pied. En un mot, il ne semble pas du tout que ce malade ait eu de l'hémichorée.

La *sensibilité* de tout le côté gauche paraît normale au toucher et à la pression; mais la sensibilité au chatouillement et au froid est presque entièrement abolie.

Il existe une atrophie de la moitié gauche de la face; l'ouverture palpébrale est moins grande qu'à droite; la région malaire est moins développée; chute du sillon naso-labial gauche.

1880. *Janvier.* — *Pleurésie sèche* à gauche.

1882, 21 *octobre.* — Le malade est sujet à des accès de colère dans lesquels il déchire ses habits.

10 *novembre.* — Traitement par les *injections hypodermiques de curare*, 4 gouttes (2 milligr.). — Les doses ont été élevées aux mêmes dates et suivant la même progression que chez le malade de l'Observation XVIII.

16 *novembre.* — 8 gouttes (4 milligr.). — La douleur est presque nulle au moment de l'injection; pas d'accidents locaux, sauf parfois une légère ecchymose, pas de troubles généraux; — hier le malade s'est plaint de céphalalgie.

23 *novembre.* — Au bras gauche (côté paralysé), Lef... présente des *indurations* au niveau du deltoïde avec douleur et rougeur de la peau. On fera dorénavant à gauche l'injection à la région dorsale.

18 *décembre.* — Le malade présente des indurations multiples, à la suite des injections hypodermiques, mais toujours au bras

paralysé (côté gauche). Il n'accuse aucun phénomène général, l'appétit est excellent. Les injections sur le côté paralysé sont supprimées. — 10 gouttes de la solution 2 p. 100. — 31 *décembre*. Les indurations ont diminué.

1883. 8 *janvier*. — Les indurations continuent à diminuer. Rien autre de particulier. Nous devons relever ce fait qu'il ne s'est produit aucune induration sur la moitié droite (saine) du corps.

16 *janvier*. — Eruption papuleuse très discrète sur la face et la partie antérieure du thorax.

9 *février*. — Lef... est sorti en congé depuis le 4 février; il est rentré hier; il a eu trois accès chez ses parents, avec lesquels il se serait querellé. Le père s'enivrerait avec de l'absinthe. Le *bromure de potassium* (8 gr.), qui avait été continué par erreur, est supprimé.

8 *juin*. — *Suppression* du traitement par les *injections hypodermiques de curare*. — *Hydrothérapie*.

Traitement du 10 novembre 1882 au 8 juin 1883
(7 mai. 195 jours).

MOIS	1872[1]		1879		1880		1881		1882		1883	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier.....	2	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»
Février.....	»	»	2	»	»	1	»	1	3	»	5	»
Mars..... ..	»	»	1	»	1	»	2	»	»	»	»	1
Avril.......	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	3
Mai	»	»	3	»	»	»	4	2	1	1	»	4
Juin..... ..	»	»	4	»	»	»	»	»	1	»	»	3
Juillet	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Août.......	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	1	»
Septembre..	»	»	2	»	»	3	»	»	2	»	»	1
Octobre.....	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	1
Novembre..	»	»	1	»	»	»	2	»	1	»	1	»
Décembre...	»	»	1	»	1	1	»	»	»	»	»	»
Totaux....	2	»	17	1	2	6	9	4	10	2	8	14

Doses : 4 grammes, 363 milligr. — 195 jours.

[1] De 1873 inclusivement à 1878 inclusivement, le malade n'a pas eu d'accès.

10 *novembre.* — Le malade, comme d'habitude, a travaillé au marais : il n'accusait aucun trouble général ; l'appétit et le sommeil étaient bons. A quatre heures du soir, il tomba comme une masse, se débattit rapidement et resta immobile. Transporté à l'infirmerie, l'interne de garde constate le décès.

	POIDS.
Novembre 1879...... ..	53 kil. 200 gr.
Septembre 1880...... ..	52 kil. 700 gr.
Juillet 1881	53 kil. 900 gr.
Janvier 1882......... .	57 kil. 300 gr.
Juin..	56 kil. 200 gr.
Janvier 1883...	55 kil. 700 gr.
Juin	57 kil. 100 gr.
Après décès..	56 kil. 900 gr.

Taille : 1 m. 47.

Autopsie (12 novembre 1883). — Le tissu cellulo-adipeux est excessivement développé. La cavité abdominale ne renferme pas de liquide anormal. — A l'ouverture du thorax, on constate une adhérence presque totale entre les deux feuillets de la plèvre à gauche ; du côté droit, il existe quelques adhérences à la base. — *Péricarde* et cavité péricardique, rien de particulier. — Le *cœur* (180 gr.) est surchargé de graisse, légèrement hypertrophié, en systole, fortement contracté. Les valvules, le myocarde, l'endocarde sont normaux. Les cavités contiennent un peu de sang liquide sans caillots. On trouve quelques plaques laiteuses sur la crosse de l'aorte et à la base de la vulve antérieure de la mitrale. Les adhérences du poumon gauche se laissent facilement détacher. Les poumons ne présentent rien de particulier, sauf de l'œdème et de la congestion surtout prononcés aux bases. Poumon gauche, 500 gr. Poumon droit, 550 gr. *Rate* (150 gr.). *Rein* gauche (120 gr.) ; *rein* droit (150 gr.). Les *capsules surrénales*, le *foie* (1,250 gr.), ne présentent que de la congestion ; — l'*estomac*, l'*œsophage*, le *larynx* et tous les autres organes sont sains.

Le *nerf médian* paraît plus gris et plus petit à gauche qu'à droite. — Les *artères fémorales* ne présentent pas de différence de volume appréciable.

Crâne dur, épais, notablement plus à droite qu'à gauche, et cela dans toute son étendue ; la moitié droite du crâne a à peu près la même épaisseur partout, tandis que, du *côté gauche*, il existe des parties plus ou moins épaisses les unes que les autres. La base du crâne est *moins développée à droite* (côté de la lésion) qu'à gauche (côté paralysé) ; les fosses y sont moins profondes et le frontal est plus oblique de ce côté que de l'autre. — Le *liquide céphalo-rachidien* est en quantité normale.

L'*encéphale* pèse 1,070 gr. Les *artères de la base* paraissent égales. Le *tubercule mamillaire droit* est très atrophié, il est grisâtre

et représente à peine le quart du volume de celui de gauche. La *moitié droite de l'espace perforé* est aussi moins grande. — Le *pédoncule cérébral droit* est moins large, moins épais que le gauche. — La *moitié droite de la protubérance* est moins bombée que la gauche; la *pyramide antérieure droite* est un peu moins large que la gauche; l'*olive droite* est plus apparente; en un mot, la moitié droite du bulbe paraît moins développée et moins bombée que la gauche. Au-dessous des olives, l'atrophie porte au contraire sur le *côté gauche* de la moelle. — *Cervelet et isthme :* 170 gr. L'*hémisphère cérébelleux droit* pèse 5 gr. de plus que le gauche.

L'*hémisphère cérébral droit* est en retrait de 2 centimètres en avant sur le gauche; en arrière, ce retrait n'est que d'un demi à un centimètre au plus; en largeur, l'hémisphère droit a plus d'un centimètre de moins que le gauche, au niveau du chiasma; en arrière, on trouve 5 centim. et demi à droite, et 8 centim. et demi à gauche : sur les deux hémisphères, la décortication se fait très bien; l'hémisphère gauche paraît sain. L'*hémisphère droit* pèse 230 gr. de moins que le gauche.

Ce qui frappe de suite, c'est l'existence, sur l'hémisphère droit, d'un *pseudo-kyste* très volumineux, partant de la circonvolution olfactive, répondant à la portion bulbaire du nerf olfactif et s'étendant jusqu'à 2 centim. et demi de l'extrémité occipitale de l'hémisphère. En dedans, le pseudo-kyste longe la bandelette optique droite, le pédoncule cérébral qu'il contourne, et la corne temporale du ventricule latéral. En arrière du pédoncule, le pseudo-kyste remonte sur la face interne et sur la face convexe et semble avoir séparé complètement le lobe occipital du reste de l'hémisphère. Le kyste distendu a un aspect gélatiniforme et bosselé. La paroi du kyste (celui-ci vidé) donne une sensation pseudo-cartilagineuse. Les bosselures rappellent vaguement les circonvolutions.

Hémisphère gauche. Face convexe. — Cet hémisphère n'a été examiné qu'après un séjour de quelque temps dans l'alcool. La *première circonvolution frontale* envoie dès son origine un pli long, sinueux, mais unique à la deuxième frontale. Dans une partie de sa longueur, ce pli double la circonvolution, puis elle se compose de deux petits plis transversaux dont le postérieur donne naissance à deux plis antéro-postérieurs qui viennent en forme de crochet s'insérer sur un pli antéro-postérieur de la deuxième qui naît de la frontale ascendante. L'insertion inférieure envoie un petit prolongement à la deuxième circonvolution frontale. — La *deuxième circonvolution frontale* comprend à l'origine un pli transversal assez volumineux qui, en bas, s'abouche avec la troisième circonvolution frontale. De la partie moyenne de ce pli part la deuxième circonvolution frontale qui va directement en arrière, reçoit le pli de passage de la première circonvolution frontale, décrit une première sinuosité, puis une seconde, dont le sommet reçoit le second pli

de la première frontale, puis vient s'insérer sur la circonvolution frontale ascendante. — La *troisième circonvolution frontale* est sinueuse et assez courte — La *circonvolution frontale ascendante* est grosse, sinueuse, va presque verticalement en haut. — Le *sillon de Rolando* est profond. — La *circonvolution pariétale ascendante* est grosse, mais moins que la frontale ascendante. A un centimètre de sa partie inférieure part un gros pli de passage qui l'unit au pli pariétal inférieur.

Ce pli interrompt la scissure interpariétale qui se trouve ainsi transformée en deux scissures distinctes, l'une parallèle au sillon de Rolando et se prolongeant avec la branche transversale du sillon médian du pli pariétal supérieur; cette partie de la scissure interpariétale forme ainsi avec ce sillon une scissure isolée, profonde, bifurquée en haut et atteignant presque, par sa branche bifurquée postérieure, le bord supérieur; l'autre partie de la scissure interpariétale est sinueuse, profonde, normale.

Le *lobule pariétal inférieur* est sinueux, bien développé, il présente un sillon profond qui le divise presque entièrement en deux parties; il envoie un pli de passage au pli courbe et en reçoit un du pli *pariétal supérieur;* celui-ci est sinueux, mais moins volumineux que l'inférieur. — Le *pli courbe* est plissé, et n'offre rien de particulier. — Les scissures *parallèle* et *pariéto-occipitale externe* sont profondes. — Les *circonvolutions temporales* sont normales, bien développées. — Le *lobe occipital* est normal. — Le *lobule de l'insula* est bien développé; il reçoit de la première temporale un pli de passage volumineux, bifurqué à sa base.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* est épaisse, plissée. — Le *lobe paracentral* est épais, long, bien développé; au lieu du pli longitudinal qu'il présente ordinairement, on observe deux plis transversaux dans l'axe postérieur assez profond le prenant sur toute sa hauteur; l'antérieur est moins marqué. Le sillon qui le sépare en avant de la première frontale n'atteint pas tout à fait le bord supérieur, il est sinueux. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse, peu profonde. — La *circonvolution du corps calleux* est épaisse bien développée, légèrement bifurquée en avant au niveau du bourrelet du corps calleux. — Le *lobe quadrilatère* est bien développé, très sinueux; il est séparé du coin par la scissure pariéto-occipitale très profonde. — Le *coin* et la *scissure calcarine* sont normaux. — Le *lobule fusiforme* envoie en haut un pli de passage à la circonvolution de l'hippocampe. *Lobule lingual, lobule de l'hippocampe* et *corne d'Ammon* normaux. — *Corps calleux, pédoncule cérébral, couche optique, corps strié*, bien développés, normaux.

Les circonvolutions et les scissures du *lobe orbitaire* ne présentent rien de particulier.

Hémisphère droit. — *Face convexe.* La *première circonvolution frontale* est bien développée, dédoublée dans ses deux tiers postérieurs; elle s'insère par sa partie supérieure au niveau du bord interne sur la frontale ascendante. On observe en avant de la frontale ascendante une scissure parallèle presque complète, interrompue seulement par une insertion de la deuxième frontale sur la frontale ascendante. (*Scissure parallèle frontale* (*sulcus præcentralis superior*). — La *deuxième frontale* est très développée, très sinueuse, surtout en avant; elle envoie un pli de passage en haut et vers le tiers antérieur à la première frontale. — La *troisième frontale* est bien développée, sinueuse. — Le rameau antérieur ascendant de la *scissure de Sylvius* est très prononcé, très profond et n'est séparé que d'un demi-centimètre de la scissure frontale inférieure.

La *frontale ascendante* est plissée, assez grêle surtout dans son cinquième supérieur qui est en retrait par rapport à la surface de 4 millimètres environ; elle est beaucoup moins développée que la gauche. — Le *sillon de Rolando* est profond, sinueux. — La *pariétale ascendante* est sinueuse, plus développée que la frontale ascendante, surtout dans son tiers inférieur qui paraît normal. — En arrière de la frontale ascendante et au-dessous de la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius, on trouve le *pseudo-kyste* qui occupe : *a*) sur la face externe, la place du *lobe temporal* dont les circonvolutions sont complètement détruites; la partie postérieure du lobe *pariétal inférieur*, la partie la plus antérieure du *lobe occipital*, le *pli courbe*, la partie postérieure *du lobule pariétal supérieur*; — *b*) sur la face interne : la moitié postérieure du *lobe quadrilatère*, tout le *coin*, le *lobule lingual* et toute la *circonvolution de l'hippocampe*, y compris la *corne d'Ammon*. Comme on le voit, la lésion forme une sorte de cercle oblique d'avant en arrière et de bas en haut, et qui coupe en quelque sorte l'hémisphère cérébral en deux parties, l'une antérieure (lobe frontal et région pariétale), l'autre postérieure répondant au lobe occipital.

La partie antérieure du lobe pariétal est atrophiée, mais a conservé son aspect normal, l'autre est très atrophiée, réduite à l'état membraneux. Tout le pli courbe est très atrophié et réduit à l'état membraneux, ainsi que la partie postérieure du lobule pariétal supérieur. La partie antérieure de ce dernier lobule est atrophiée, mais a conservé son aspect habituel. Les *circonvolutions occipitales* paraissent normales.

Le *lobe de l'insula* est très atrophié.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* et le *lobe paracentral* sont plissés, bien développés. — La *scissure calloso-marginale* est sinueuse, profonde; elle est interrompue vers son tiers antérieur par un pli de passage allant de la première frontale à

la circonvolution du corps calleux. — La *circonvolution du corps calleux* est atrophiée dans toute son étendue, mais l'atrophie atteint son maximum sur la moitié antérieure; en ce point, la circonvolution est réduite à une sorte de mince membrane.

La partie antérieure du *lobe quadrilatère* est très atrophiée, plissée et en retrait de plusieurs millimètres par rapport au lobe paracentral; sa partie postérieure, comme nous l'avons dit, étant plus atrophiée encore, se trouve beaucoup plus en retrait par rapport au lobe occipital. — Le *coin* se trouve perdu dans le foyer. — Le *lobe occipital* est bien développé, sauf dans une petite portion de sa partie antéro-inférieure, qui est intéressée dans le foyer.

Le *lobe orbitaire*, dans son ensemble, est très atrophié; les *première et deuxième circonvolutions olfactives* sont réduites à une sorte de membrane; le foyer qui les intéresse se confond avec la lésion qui a détruit la partie antérieure du corps calleux. Le lobe orbitaire mesure à droite : longueur, 3 centim., 8 dixièmes; largeur, 5 centim.; à gauche : longueur, 3 centim. 8 dixièmes; largeur, 5 centim.

Examen du foyer. — L'hémisphère cérébral droit, après être resté plusieurs mois dans l'alcool, mesure en longueur 15 centim. 2. On pratique trois coupes perpendiculaires à 72, 104 et 125 millimètres de l'extrémité antérieure de l'hémisphère. (Pl. V.)

Première coupe. Passant par l'extrémité inférieure de la pariétale ascendante, le tiers inférieur du sillon de Rolando, la frontale ascendante et se terminant au niveau de l'insertion de la première frontale, elle sectionne le pseudo-kyste à 4 centim. en arrière de son extrémité antérieure. (Pl. V, *fig.* 1.) Cette coupe montre que le pseudo-kyste a une paroi mince transparente, vasculaire; entre les parois, on remarque, intérieurement, quelques fins tractus. Au niveau de la coupe, le kyste mesure 4 centimètres environ de largeur. Les circonvolutions temporales, la circonvolution de l'hippocampe, la corne d'Ammon, etc., ont tout à fait disparu. La pie-mère épaissie forme en avant une poche arrondie répondant à l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal. — La substance grise des circonvolutions de l'insula est complètement détruite; ces circonvolutions sont remplacées par une sorte de membrane plissée, au-dessous de laquelle se remarque quelques petites cloisons la reliant au noyau extra-ventriculaire (la capsule externe et l'avant-mur ayant disparu), qui, par sa face inférieure, est en contact direct avec la paroi kystique supérieure.

Deuxième coupe. Elle est faite à 32 millimètres de la première, et porte sur le lobule quadrilatère, les lobules pariétal supérieur et inférieur et le kyste à l'endroit où celui-ci paraissait occuper presque toute la hauteur du cerveau. Sur cette coupe on note que, sauf une petite partie du lobule pariétal supérieur,

du reste atrophiée elle-même, toutes les autres parties des circonvolutions sont détruites, et qu'à leur place, sur la face convexe seulement, on trouve un tissu aréolaire grisâtre par endroits circonscrivant des cavités de formes et de dimensions diverses. On peut donc distinguer à ce niveau une paroi kystique interne et une externe, dont l'intervalle (un centimètre environ) est comblé par ce tissu. Les faces inférieure et inféro-interne du kyste sont représentées par une simple membrane, la pie-mère, non doublée par le tissu aréolaire, dernières traces des circonvolutions. On voit encore que le ventricule latéral communique largement avec la poche kystique (la corne sphénoïdale se confondant ici avec le kyste). (Pl. V, *fig.* 2 et 4).

Troisième coupe. Elle est pratiquée sur le lobe occipital et vers l'extrémité du kyste et montre encore une partie des circonvolutions remplacées par le tissu aréolaire; d'autres sont atrophiées, quelques-unes presque normales. (Pl. V, *fig.* 1, 2, 3. Les *fig.* 4, 5 et 6 représentent des coupes symétriques pratiquées sur l'hémisphère sain.)

Réflexions. — Le malade n'a eu que six accès pendant la durée du traitement, chiffre correspondant à celui des mêmes mois de l'année précédente; mais l'on remarquera que le nombre des vertiges a considérablement augmenté pendant la même période; que, de plus, Lef... était sujet à des rémissions irrégulières, ayant même atteint parfois l'espace de près de sept ans. Le curare a donc été inefficace, les vertiges ont même été plus nombreux qu'avant et après la médication.

Ceci dit relativement aux effets du curare, nous devons relever les particularités principales de cette observation très curieuse au point de vue clinique et au point de vue anatomo-pathologique.

a) Si, dans les *antécédents héréditaires*, nous n'avons à citer que les *excès alcooliques* du père et des aïeuls et des *convulsions* chez une cousine, dans les *antécédents personnels* du malade nous avons à signaler des accidents nombreux.

b) De quatre à douze ans, Lef... a eu une douzaine d'*états de mal convulsif*, débutant le matin vers quatre heures, durant quatre à cinq heures et dans lesquels les convulsions étaient généralisées, mais plus fortes à gauche. Quelques jours après, il était rétabli sans trace de paralysie.

c) A sept ans, sans prodromes, ainsi que c'est à peu près la règle, nouvel *état de mal* plus long que les précédents, dans

lequel *les convulsions ont été presque exclusivement limitées à gauche*, suivies de *cris* et de *grincements de dents* durant plusieurs heures, et laissant après elles une *hémiplégie du côté gauche*. La paralysie s'est compliquée d'*athétose* — au bout de deux mois — et de *contracture*. L'*intelligence*, qui avait été jusqu'alors respectée, fut notablement affaiblie par ces convulsions. Elle diminua encore après un dernier état de mal survenu à dix ans. La *situation intellectuelle et morale* peut se résumer ainsi : *imbécillité avec perversion des instincts*.

d) C'est en 1871, quand Lef... avait 19 ans, que s'est montrée l'*épilepsie*. Les *accès*, sur lesquels, malheureusement, nous n'avons pu recueillir de détails précis, ont toujours été assez rares, excepté en 1879 où l'on en a compté dix-sept. Il y a même eu une rémission complète pendant six années.

e) Nous devons dire encore : 1° que, outre la *contracture* et un certain degré d'*athétose*, les membres du côté paralysé, ainsi que la moitié correspondante de la face étaient moins développés que les parties similaires du côté sain ; — 2° que les injections de curare ont déterminé dans le côté paralysé (gauche) des indurations qui n'ont pas été observées à droite (*troubles trophiques*) ; — 3° enfin que, si la sensibilité au toucher et à la pression était conservée, la *sensibilité au chatouillement et au froid était abolie* sur toute la moitié gauche du corps, répondant à l'hémiplégie.

f) Nous ne nous appesantirons pas sur les lésions trouvées à l'autopsie. Nous en avons donné une description suffisamment détaillée. Ce que nous devons rapppeler, c'est l'étendue considérable du *foyer*, la *destruction totale du lobe temporal*, la séparation presque complète de l'hémisphère cérébral droit en deux tronçons ne communiquant que par un pont étroit de substance nerveuse ; l'atrophie de la capsule interne, — ce qui explique en partie les troubles de la sensibilité ; l'atrophie de l'avant-mur ; l'atrophie *croisée* du cerveau et du cervelet, etc.

Ce résumé justifiera certes, aux yeux de nos lecteurs, les détails dans lesquels nous sommes entrés, car ils verront là un exemple d'accidents très communs chez les enfants, encore trop peu connus, et dont l'intérêt pratique est incontestable. Nous n'insistons pas davantage et nous reprenons l'exposé succinct des autres cas d'épilepsie traités par le curare.

Observation XVIII. — *Epilepsie symptomatique. — Deux sœurs et deux frères. — Convulsions dans l'enfance. — Mère absinthique pendant la grossesse.*

Premières convulsions à trois mois, revenues plusieurs fois jusqu'à deux ans. — Maux de tête cinq à six fois par an de huit à douze ans. — Vertiges à douze ans. — Accès vers douze ans et demi. — Affaiblissement intellectuel. — Changement de caractère. — Traitements divers; insuccès. — Agitation maniaque parfois après les accès; — Hallucinations de l'ouïe. — Onanisme. — Curare; insuccès. — Hydrothérapie (du 8 juin au 30 novembre 1883 et du 1er avril au 31 octobre 1884); *insuccès.*

Derou... (Ernest), né le 27 avril 1867, est entré à Bicêtre le 14 août 1882 (service de M. Bourneville).

Traitement du 6 *novembre* 1882 *au* 8 *juin* 1883 (7 mois = 199 jours).

	Totaux des mois de traitement		Totaux annuels	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
1882.........	»	»	71	2
1883.........	127	3	274	3
1884.........	236	»	415	1

Doses : 4 grammes 591 milligr.

	Poids	Taille.
Août 1882......	44 kil. 700	1 m. 49
Janvier 1883....	45 kil. 800	1 m. 53
Juin 1883......	49 kil. 100	1 m. 54
Janvier 1884....	51 kil. 800	1 m. 58
Juillet 1884.....	52 kil. 900	1 m. 60

Traitement. — Jusqu'au 4 mai 1883, les doses et les dates sont les mêmes que pour Duch... — Les 5, 10, 14, 17, 19, 22 mai, la dose quotidienne est portée à 11, 12, 8, 9, 10 et 11 gouttes de la solution à 8 p. 100; du 1er au 7 juin inclusivement, la dose est de 11 gouttes de la même solution.

Réflexions. – Il est impossible de comparer les accès des mois de traitement avec ceux des mois correspondants des années précédentes. Cependant dans les deux mois (sans traitement) qui ont précédé la mise au curare, le chiffre des accès a été de 16 et 2 vertiges en septembre, de 14 en octobre, et si plus tard, pendant les 7 mois de traitement, nous ne trouvons parfois que 7 accès (janvier et mars 1882), nous notons 20 accès en novembre 1882, 36, 16 (3 vertiges) et 28 accès en février, avril et mai 1883. Il est donc fort douteux que le curare ait eu une influence quelconque sur la marche de la maladie toujours progressive.

Observation XIX. — *Epilepsie idiopathique.— Père paralytique général.— Mère nerveuse. — Grand-père maternel, alcoolique, mort phthisique. — Grand'mère maternelle paralytique générale. — Grand-oncle maternel, alcoolique et épileptique. — Onanisme. — Convulsions à dix-huit mois. — Début à cinq ans. — Vertiges très fréquents. — Secousses. — Roulements. — Tournoiements. — Congestion méningitique* (mars 1882). — ***Affaiblissement des facultés intellectuelles. — Bromure de camphre*** (du 30 avril au 7 octobre 1880.) — *Hydrothérapie* (septembre-octobre 1880; — mai-décembre 1881; 1882, 1883, 1884.) — *Bromure de sodium* (11 novembre 1880); — *Chlorhydrate de pilocarpine* (du 4 mars au 3 août 1882). — *Curare; insuccès.*

Harp... (Georges), né le 2 décembre 1864, est entré à Bicêtre le 2 juillet 1872 (service de M. Bourneville).

Traitement du 6 *novembre* 1882 *au* 8 *juin* 1883 (7 mois = 211 jours).

	TOTAUX DES MOIS DE TRAITEMENT		TOTAUX ANNUELS	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES.
1872	»	»	377	»
1873.........	»	»	511	»
1874.........	110	»	164	»
1875........	69	»	90	»
1876	52	»	90	»
1877.	50	»	79	»
1878.........	45	»	110	»
1879.........	76	»	459	57
1880	352	424[1]	628	2905
1881.........	411	1315	995	3048
1882.........	457	1277	772	4014
1883.........	**879**	**4538**	**1089**	**19969**
1884.........	350	24188	695	29318

Dose : 4 grammes 771 milligr.

	POIDS.	TAILLE
Novembre 1879....	28 kil. 300	1 m. 37
Septembre 1880....	34 kil.	1 m. 42
Juillet 1881........	39 kil. 800	1 m. 48
Janvier 1882.......	35 kil. 700	1 m. 50
Mai...............	41 kil. 500	
Janvier 1883.......	39 kil. 700	1 m. 54
Juin..............	43 kil. 800	1 m. 55
Janvier 1884	46 kil. 200	1 m. 57
Août..............	47 kil 700	1 m. 57

Traitement.—Les doses et les dates de leur augmentation ou diminution sont les mêmes que pour le malade Derou... (Obs. XVIII.)

[1] Avant la fin de l'année 1879, les vertiges n'étaient pas relevés.

Réflexions. — Le tableau ci-dessus montre que c'est pendant les mois (879) et l'année (1,089) où l'enfant a été soumis au traitement par le curare que les accès ont atteint le chiffre le plus élevé; les vertiges ont également été plus nombreux que les années précédentes. L'action thérapeutique du curare a donc été complètement nulle. Nous avons noté en 1884 une diminution des accès et une augmentation notable des vertiges. On remarquera que, chez cet enfant, tous les nombreux traitements mis en usage ont échoué.

Observation XX. — *Epilepsie idiopathique. — Idiotie. — Gâtisme. — Nitrate de pilocarpine* (1882). — *Amélioration. — Curare* (1883); *insuccès.*

Duché... (Pierre), vingt-trois ans, entré à Bicêtre le 18 décembre 1876 (service de Bourneville).

Traitement du 6 *novembre au* 5 *mai* 1883 (6 mois = 176 jours).

	Totaux des mois de traitement		Totaux annuels	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
1876	»	»	3	»
1877	100	»	331	»
1878	209	»	458	»
1879	185	»	317	»
1880	137	»	252	»
1881	121	1	226	2
1882	78	2	164	2
1883	101	1	198	5
1884	220	5	263	914

Dose : 3 grammes 119 milligr.

	Poids.
Novembre 1879	50 kil. 200
Septembre 1880	41 kil. 400
Juillet 1881	44 kil. 200
Janvier 1882	49 kil. 800
Juin	47 kil. 700
Janvier 1883	49 kil. 800
Juin	50 kil. 900
Janvier 1884	51 kil. 800
Juillet	49 kil. 200

Taille : 1 m. 60.

Traitement : 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16 gouttes de la solution à 1 p. 100 à partir des 6, 11, 16, 21, 26 novembre et 1er, 9 décembre 1882. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 gouttes de la solution 2 p. 100 à partir des 15, 20, 26 décembre 1882 et des 1er, 6, 11, 15, 20, 25, 30 janvier, 1er, 6, 11 février 1883. Les doses sont portées à 12, 13, 14, 15, 16 gouttes de la solution 4 p. 100 depuis les 8, 14,

19, 24, 29 mars, et à 18, 19, et 20 gouttes de la même solution les 8, 13 et 18 avril. Le traitement a été supprimé le 5 mai.

Réflexions.—Le nombre des accès qui semblaient diminuer progressivement depuis 1879, qui en 1882 était tombé à 164 (de 226 en 1881), sous l'influence probable du traitement par les injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine, s'est élevé de nouveau durant le traitement par le curare. Il est toutefois à noter que depuis que Duché... n'est plus soumis à aucun traitement, les accès d'abord, puis les accès et les vertiges ont considérablement augmenté, sans cependant avoir encore atteint le chiffre enregistré en 1878 (458), ni même celui de 1879 (317) première année de la période décroissante signalée plus haut.

Observation XXI. — *Epilepsie idiopathique. — Phimosis. — Bromure de potassium de* 1871 à 1880. — *Hydrothérapie* (16 avril au 1er novembre 1882 et du 1er avril au 15 octobre 1884). — *Affaiblissement des facultés intellectuelles. — Injections hypodermiques de curare; insuccès.*

Tribou... (Edouard), trente-trois ans, est entré à Bicêtre le 31 mars 1874 (service de M. Bourneville).

Traitement du 6 *novembre* 1882 *au* 5 *mai* 1883 (6 mois = 165 jours).

	TOTAUX DES MOIS DE TRAITEMENT		TOTAUX ANNUELS	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
1874......	»	»	17	»
1875......	14	»	31	»
1876.........	16	»	45	»
1877.........	54	»	93	»
1878.........	47	»	66	»
1879.........	26	»	44	»
1880.........	27	17	62	25
1881.........	34	7	49	»
1882.........	23	»	61	1
1883.........	26	10	74	17
1884.........	37	6	72	11

Dose : 2 grammes 841 milligr.

	POIDS.
Novembre 1879.......	54 kil. 800
Septembre 1880.......	56 kil. 700
Juillet 1881..........	56 kil. 700
Juin 1882...........	58 kil.
Janvier 1883.........	56 kil. 600
Juin —	58 kil. 100
Janvier 1884..........	56 kil. 200
Juillet —	55 kil. 900

Taille : 1 m. 60.

Traitement. — Pour ce malade les doses sont les mêmes que pour Duch... jusqu'à la date du 2 avril 1883; le 4 avril il est mis à 17 gouttes de la solution à 4 p. 100, puis les 8, 13, 18, 23, 28 avril, à 20, 22, 24, 26 et 28 gouttes de la même solution.

Réflexions. — Depuis l'entrée du malade à Bicêtre jusqu'en 1877, les accès ont eu la marche progressive trop souvent habituelle ; de cette époque à 1884, le nombre des accès a tantôt diminué, tantôt augmenté sans toutefois atteindre le chiffre de 1877. Cet arrêt de la maladie est plutôt fictif que réel, car il est à noter qu'en mars 1877 et 1878 l'on a enregistré par exception 39 et 19 accès, L'ensemble des dix années présente donc, si l'on tient compte de cette élévation momentanée et tout accidentelle une marche progressive évidente. Le résultat des différents traitements (*bromure de potassium*, 8 gr. jusqu'au 18 novembre 1880 ; *hydrothérapie* etc.) est absolument nul.

Observation XXII. — *Epilepsie. — Sœur épileptique. — Premières convulsions à dix-sept mois. — Vertiges à trois ans et demi. — Accès à neuf ans. — Déchéance intellectuelle. — Picrotoxine* (de juin 1881 à juin 1882) ; *insuccès. — Hydrothérapie* (juillet à décembre 1880, et de juillet à décembre 1882); *insuccès. — Injections hypodermiques de curare ; insuccès.*

Lamb... (François), né le 16 avril 1866, est entré à Bicêtre le 13 juillet 1875 (service de M. Bourneville).

Traitement du 30 *mars au* 15 *septembre* 1883
(5 mois et demi = 170 jours).

	Totaux des mois de traitement		Totaux annuels	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
1875	»	»	110	»
1876	100	»	197	»
1877	86		208	»
1878	93		236	»
1879	98		206	»
1880	77		176	»
1881	100		189	4
1882	102		205	1
1883	**185**		289	»
1884	149	»	326	»

Dose : 7 gr. 820 milligr.

	POIDS.	TAILLE.
Novembre 1879........ ..	45 kil. 300	1 m. 50
Septembre 1880...	48 kil. 700	1 m. 56
Juillet 1881.............	53 kil. 650	1 m. 61
Juin 1882.........	57 kil. 100	1 m. 65
Janvier 1883............	61 kil. 200	1 m. 66
Juin —	61 kil.	1 m. 66
Janvier 1884.	56 kil. 200	1 m. 67
Juillet —	60 kil. 700	1 m. 67

Traitement. — Mis en traitement le 30 mars, débutant par 12 gouttes (de la solution à 4 p. 100); la dose fut portée à 14, 16, 18 et 20 gouttes, les 3, 8, 13, 18 avril; à 10 gouttes (de la solution 8 p. 100), le 1er mai, puis à 11, 12, 8, 9, 11 gouttes les 5, 10, 14, 17 et 25 mai. A 11 gouttes, tout le mois de juin; à 12 gouttes, du 4 juillet jusqu'au 6 août; 18 gouttes, du 6 au 14 août; 14 gouttes, du 15 au 31 août; 15 gouttes, du 1er au 15 septembre.

Réflexions. — Il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau ci-dessus pour se rendre compte que la maladie a suivi pendant les cinq mois de traitement sa marche progressive; nous relevons en 1873 une augmentation de 18 accès (120, au lieu de 102 en 1882).

Observation XXIII. — *Premier accès à neuf ans, à la suite d'une peur (?). — Traitement par le bromure de potassium* (de 1874 (?) à 1883). — *Amélioration. — Injections hypodermiques de curare, insuccès. — Traitement hydrothérapique* (du 12 juin au 30 novembre 1883, et du 1er avril au 13 octobre 1884); *insuccès. — Périodes d'excitation maniaque de plus en plus fréquentes depuis* 1883. — *Bromure de camphre. — Affaiblissement notable des facultés intellectuelles. — Curare; insuccès.*

Boiss.. (Etienne), vingt-cinq ans, entré le 29 novembre 1873 à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Traitement du 11 janvier au 13 juin 1883 (5 mois = 144 jours).

	TOTAUX DES SIX PREMIERS MOIS DE L'ANNÉE.		TOTAUX ANNUELS	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
1874.........	39	»	67	»
1875..	17	»	41	»
1876.........	20	»	47	
1877.........	26	»	46	
1878...	23	»	45	»
1879.........	28	»	47	»

	TOTAUX DES SIX PREMIERS MOIS DE L'ANNÉE.		TOTAUX ANNUELS	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
1880.........	29	»	53	»
1881.........	19	»	33	»
1882.........	20	»	44	»
1883.........	34	7	76	14
1884.........	65	10	123	32

Dose : 4 gr. 031 milligr.

	POIDS.
Novembre 1879........	61 kil. 600
Septembre 1880.......	62 kil. 250
Juillet 1881...........	65 kil.
Janvier 1882...	64 kil. 800
Juin —	65 kil. 700
Janvier 1883...	68 kil. 200
Juin —	68 kil. 400
Janvier 1884	70 kil. 300
Juillet —	61 kil. 300

Taille : 1 m. 63.

Traitement. — Mis en traitement le 11 janvier, il débute par 8 gouttes (de la solution à 2 p. 100); il est augmenté d'une goutte tous les jours jusqu'au 18 janvier; le 20, il est mis à 16 gouttes; le 25, à 17 gouttes; le 30, à 18 gouttes. Le 6 février, il prend 19 gouttes et le 11, 20 gouttes jusqu'au 7 mars. Le 8 mars, il est mis à 12 gouttes de la solution à 4 p. 100, puis les 14, 19, 25, 29 mars à 13, 14, 15, 16 gouttes. Les 8, 13, 18 avril, les doses sont élevées à 18, 19 et 20 gouttes de la même solution. Les 5, 10, 14, 17 mai, il est mis à 11, 12, 8, 9 gouttes de la solution à 8 p. 100; du 8 au 11 juin, date de la suppression, il lui est injecté 11 gouttes de la solution à 8 p. 100.

Réflexions. — Ici, la marche progressive de la maladie semble avoir été entravée pendant sept ans sous l'action du *bromure de potassium;* les accès ont considérablement augmenté dès la suspension de ce traitement. Le curare, puis l'hydrothérapie n'ont donné qu'un résultat absolument négatif; c'est ainsi qu'en 1882 (bromure de potassium), le nombre des accès n'étant que de 20 pour les six premiers mois de l'année, et de 44 pour toute l'année, ce chiffre s'élève en 1883 pour les six premiers mois (*curare*), à 34 et 7 vertiges en plus; pour toute l'année (curare et hydrothérapie), à 76 et 14 vertiges, et en 1884 pour les six premiers mois à 64 accès et 10 vertiges et pour toute l'année à 123 accès et 32 vertiges (hydrothérapie du

1er avril au 13 octobre). On note donc outre l'augmentation du nombre des accès, l'apparition, puis l'augmentation des vertiges, et parallèlement des accès d'*excitation maniaque* et une déchéance intellectuelle de plus en plus accusée.

OBSERVATION XXIV. — *Atrophie cérébrale. — Epilepsie symptomatique et imbécillité. — Hypospadias. — Père alcoolique. — Mère hystérique. — Tante et oncle maternels, cancéreux. — Naissance avant terme (version). — Premières convulsions à quatre ans. — Hémiplégie gauche consécutive; diminution de la paralysie, accès d'épilepsie à quinze ans. — Aura indéterminée. — Déchéance intellectuelle. — Traitement par les injections hypodermiques de curare ; insuccès. — Bromure de nickel* (1er septembre 1884).

Auberg... (Pierre), né le 12 juillet 1866, entré le 9 septembre 1882 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Traitement du 11 *janvier au* 8 *juin* 1883 (5 mois — 144 jours).

	TOTAUX DES CINQ PREMIERS MOIS DE L'ANNÉE.		TOTAUX ANNUELS	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
1882.........	»	»	116	»
1883.........	119	»	373	»
1884.........	154	»	435	»

Dose : 3 gr. 987 milligr.

	POIDS.	TAILLE.
Septembre 1882.........	45 kil. 900	1 m. 54
Janvier 1883............	49 kil. 700	1 m. 55
Juin —	54 kil. 100	1 m. 58
Janvier 1884.	57 kil. 300	1 m. 61
Juillet —	60 kil. 400	1 m. 62

Traitement. — Le malade a été soumis aux injections hypodermiques de curare, à la même époque que Boiss...; les doses sont les mêmes, nous renvoyons donc à celui-ci. Les quelques différences qui existent dans les totaux des doses absorbées tiennent aux congés pris par l'un ou l'autre. — Aub... a cessé le traitement le 8 juin 1883.

RÉFLEXIONS. — Dans ce cas encore, le traitement par les injections hypodermiques de curare est resté infructueux ; le nombre des accès est sensiblement égal à ce qu'il était auparavant. La déchéance intellectuelle s'est accentuée.

Observation XXV. — *Instabilité mentale; épilepsie idiopathique. — Père alcoolique. — Mère : crises nerveuses en 1883. — Grand-père maternel alcoolique, mort aliéné. — Premières convulsions à trois ans. — Maux de tête fréquents. — Absences depuis janvier 1882.*

Benar... (Eugène), né le 7 juin 1872, est entré à Bicêtre le 9 septembre 1882 (service de M. Bourneville).

Traitement par les injections hypodermiques de curare (*du* 30 *mars au* 1er *septembre* 1883 — 5 mois).

MOIS	1882		1883		1884	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			48	»	»	»
Février			20	»	1	»
Mars			6	»	»	»
Avril			1	»	3	»
Mai			»	»	»	»
Juin			»	»	»	»
Juillet			»	»	5	»
Août			»	»	1	»
Septembre	105	»	»	»	1	»
Octobre	25	18	»	»	»	»
Novembre	6	»	»	»	»	»
Décembre	83	2	»	»	»	»
Totaux	219	20	75	»	11	»

Dose : 5 gr. 122 milligr. — 147 jours.

	POIDS	TAILLE
Septembre 1882.	28 kil. 100	1 m. 27
Mars 1883	29 kil.	1 m. 29
Juin 1883.......	29 kil. 800	1 m. 31
Janvier 1884....	31 kil. 400	1 m. 32
Juillet 1884.....	32 kil.	1 m. 35
Janvier 1885....	33 kil. 400	1 m. 36

Traitement. — Mis en traitement le 30 mars à 10 gouttes (2 centigr.) de la solution à 4 p. 100, il est à 12 gouttes le 31 mars ; les 1er et 2 avril, à 14, les cinq jours suivants et ainsi de suite progressivement tous les cinq jours jusqu'à la fin d'avril; à cette époque, il reçoit 10 gouttes (4 centigr.) de la solution à 8 p. 100,

puis 11 à partir du 5 mai et 12 à dater du 10 mai. Il est remis à 8 gouttes le 16 mai, à 9 le 17 mai et enfin à 7 gouttes du 24 mai au 4 juillet. Tout le reste du mois de juillet il est à 8 gouttes ; il n'est mis à 9 gouttes que le 8 août et à 10 gouttes le 15 août.

Réflexions. — Si nous comparons les accès de la même période de 1883 et de 1884, nous trouvons une notable amélioration, mais il est juste de dire que cette amélioration se dessinait déjà avant sa mise en traitement, car de 105 accès (mois de son entrée), ce malade était tombé à 6 accès (mois de mars) dans le mois précédant la cure par le curare. Pendant neuf mois consécutifs, il n'a pas eu d'accès (de mai 1883 à février 1884); 13 accès en janvier 1885.

Observation XXVI. — *Epilepsie symptomatique. — Père mort phthisique. — Mère migraineuse et colérique. — Premières convulsions à deux ans prédominant à gauche. — Onanisme. — Vertiges et accès à treize ans et demi. — Période d'excitation maniaque. — — Affaiblissement des facultés intellectuelles. — Traitements par le bromure de potassium et l'hydrothérapie. — Injections hypodermiques de curare. — Bromure de nickel* (11 juillet 1884).

Laur... (Emile), âgé de seize ans et demi, entré le 9 septembre 1882 à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Traitement du 12 janvier au 1er septembre 1883 (5 mois = 223 jours).

	Totaux des mois de traitement		Totaux annuels	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
1882.........	»	»	249	637
1883.........	185	»	493	18
1884.........	201	»	508	6

Dose : 7 gr. 619 milligr.

	Poids.	Taille.
Septembre 1882	36 kil. 100	1 m. 45
Janvier 1883	37 kil. 800	1 m. 45
Juin —	35 kil. 900	1 m. 45
Janvier 1884	41 kil. 500	1 m. 51
Juillet —	44 kil. 800	1 m. 54

Traitement. — Du 12 janvier au 1er juin 1883, ce malade a été soumis aux mêmes doses que le malade de l'Observation XXII — Le 1er juin, il est mis à 10 gouttes de la solution 8 p. 100, le 4 juillet à 11 gouttes, les 6 et 15 août à 12 et 13 gouttes. — Suppression du traitement le 1er septembre.

Réflexions. — Pour ce malade nous n'avons pas de points

de comparaison avec les mois correspondants de l'année précédente, mais si nous comparons les mois de traitement avec les mois précédents, nous trouvons une diminution des accès : 185 au lieu de 226 ; les accès des cinq mois suivants sont aussi plus élevés (204), mais il y a lieu de tenir compte du peu de temps pendant lequel le malade a été observé, de la déchéance intellectuelle qui n'a pas été entravée par le traitement : en résumé le résultat est peu concluant.

Observation XXVII. — *Epilepsie idiopathique. — Coqueluche. — Convulsions prédominant à droite (à six ans et demi), suivies d'évanouissements, puis d'étourdissements (à sept ans et demi).— Accès à 10 ans. — Tourneur. — Onanisme. — Affaiblissement intellectuel.— Injections hypodermiques de curare* (1883); *insuccès. — Kleptomanie. — Gâtisme. — Plus d'onanisme en* 1884; *hydrothérapie* (1er avril au 15 octobre). — *Amélioration très notable. — Redevenu propre.*

Parad... (Léon), né le 10 février 1870, entré à Bicêtre le 12 juillet 1882 (service de M. Bourneville).

Traitement du 9 *février au* 8 *juin* 1883 (4 mois = 110 jours).

MOIS	1882		1883		1884		1885	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	73	»	40	»	»	»
Février	»	»	106	»	4	»	»	»
Mars	»	»	132	»	»	»	»	»
Avril	»	»	128	31	3	»	»	»
Mai	»	»	125	»	»	»		
Juin	»	»	146	»	»	»		
Juillet	94	»	169	»	»	»		
Août	117	»	154	»	»	»		
Septembre	98	»	111	»	»	»		
Octobre	113	»	65	»	»	»		
Novembre	198	»	46	»	»	»		
Décembre	169	»	67	»	»	»		
Totaux	789	»	1322	31	47	»	»	»

Dose : 3 gr. 411 milligr.

	POIDS.	TAILLE.
Juillet 1882	31 kil. 800	1 m. 42
Janvier 1883............	33 kil. 600	1 m. 42
Juin —	33 kil.	1 m. 44
Janvier 1884	36 kil. 900	1 m. 45
Juillet —	38 kil. 200	1 m. 47

Traitement. — Mis en traitement le 9 février à la dose de 10 gouttes (solution 2 p. 100, un centigr.), il est augmenté d'une goutte chaque jour jusqu'à 20 gouttes, dose maintenue jusqu'au 7 mars. Les 8, 14, 19, 24 et 29 mars, il est à 12, 13, 14, 15, 16 gouttes de la solution à 4 p. 100 ; les 8, 13 et 18 avril la dose est élevée à 18, 19 et 20 gouttes. Les 5, 10, 14 et 17 mai, les doses injectées sont portées à 11, 12, 8 et 9 gouttes de la solution à 8 p. 100, et enfin du 1er au 8 juin à 11 gouttes de la même solution.

Réflexions. — Le tableau ci-dessus est très intéressant à consulter sous plusieurs rapports. Il démontre d'abord l'inefficacité absolue du traitement par le curare, puis la diminution et l'interruption des accès et vertiges en 1884 et en 1885. Il est à noter que cette diminution a précédé le traitement hydrothérapique (1er avril), et qu'elle a coïncidé avec la suppension de l'onanisme (le poids de l'enfant augmente alors sensiblement), enfin que depuis le mois d'avril, les accès ont complètement disparu. Il serait assez difficile de dire quelle part revient à l'hydrothérapie ; toutefois, ce n'est pas trop s'avancer que de penser que l'hydrothérapie, dans la guérison momentanée de la maladie, a joué tout au moins le rôle d'adjuvant.

Observation. XXVIII. — *Epilepsie idiopathique. — Hémiplégie droite momentanée consécutive à une fièvre typhoïde grave avec convulsions et délire (à huit ans). — Père mort de phthisie. — Premier accès à huit ans et demi). — Parfois aura. — Accès surtout diurnes. - Onanisme. — Débilité mentale. — Vagabondage et mendicité. — Evasions nombreuses.*

Parc... (Jean), né le 6 septembre 1866, est entré à Bicêtre le 3 octobre 1882. Il a été transféré le 15 juin 1883 (service de M. Bourneville).

Traitement du 9 février au 15 juin 1883 (4 mois = 117 jours).

	1882		1883	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier.	»	»	28	»
Février.	»	»	32	»
Mars.	»	»	25	»
Avril.	»	»	37	»
Mai	»	»	41	»
Juin.	»	»	»	»
Juillet	»	»	»	»
Août.	»	»	»	»
Septembre.	»	»	»	»
Octobre	25	10	»	»
Novembre	63	»	»	»
Décembre	38	»	»	»
TOTAUX......	126	10	163	»

Dose : 3 gr. 623 milligr.

	POIDS.	TAILLE.
Octobre 1882.	31 kil. 300	1 m. 37
Janvier 1883	32 kil. 900	1 m. 38
Juin.	33 kil. »	1 m. 41

Traitement. — Cet enfant a été mis les mêmes jours que Parad.. aux mêmes doses de curare; il a continué toutefois le traitement huit jours de plus que celui-ci.

RÉFLEXIONS. — Le curare n'a pas paru modifier sensiblement le nombre des accès, ainsi que l'on peut s'en convaincre en examinant le tableau ci-dessus. Il nous manque du reste tout point de comparaison avec les mois correspondants des années précédentes et des années suivantes.

OBSERVATION XXIX. — *Epilepsie idiopathique; imbécillité. — Père alcoolique, mort de phthisie. — Mère morte phthisique. — Début de l'épilepsie à neuf ans. — Hypospadias. — Onanisme. — Hydrothérapie* (1881-1882). *Légère amélioration. — Traitement par le curare* (1883); *insuccès. — Bromure de potassium* (1884); *insuccès.*

Lepellet... (Pierre), vingt et un ans, est entré à Bicêtre le 14 mars 1879 (service de M. BOURNEVILLE).

Traitement du 30 mars au 30 juin 1883 (3 mois — 93 jours).

	TOTAUX DES MOIS DE TRAITEMENT		TOTAUX ANNUELS	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
1879	9	»	24	»
1880	10	7	41	26
1881	8	1	56	12
1882	6	»	51	26
1883	7	7	60	36
1884	24	11	91	15

Dose : 3 gr. 718 milligr.

	POIDS.	TAILLE.
Novembre 1879	61 kil. 300	1 m. 49
Septembre 1880	63 kil. 900	»
Juillet 1881	64 kil. 300	1 m. 56
Janvier 1882	65 kil. 300	1 m. 57
Avril —	65 kil. 400	»
Juin —	63 kil. 300	»
Janvier 1883	64 kil. 800	1 m. 57
Juin —	68 kil. »	»
Janvier 1884	61 kil. 700	1 m. 57
Juillet —	65 kil. 200	1 m. 58

Traitement. — Ce malade a débuté le 30 mars par 10 gouttes (solution 4 p. 100), 12 gouttes le 31 mars, 14, 16, 18 et 20 gouttes les 3, 8, 13 et 18 avril. Les doses furent portées les 1er, 5, 10, 14, 17 mai à 10, 11, 10, 8, 9 gouttes de la solution 8 p. 100 ; en juin, il fut continué à 10 gouttes jusqu'au 7, et à 11 gouttes du 8 juin au 13 juillet, date de la suppression.

Réflexions. — La marche de l'épilepsie ne semble pas avoir été influencée par le traitement ; si le nombre des accès n'a guère été plus élevé qu'en 1883, on a en revanche noté 7 vertiges (au lieu de 0). Les années précédentes. les accès avaient paru diminuer pendant la durée du traitement hydrothérapique. En 1884, Lep... a pris du bromure de potassium (de 2 à 10 gr.) ; malgré cela, le nombre des accès a été beaucoup plus élevé (91) ; mais, circonstance assez rare avec le bromure de potassium, les vertiges sont descendus à 15.

Observation XXX. — ***Epilepsie idiopathique. - Père alcoolique. — Convulsions à sept ou huit mois. — Vertiges à treize ans. — Alcoolisme de vingt-quatre à vingt-cinq ans. — Premier accès à vingt-cinq ans. — Bromure d'or en 1882; insuccès. — Injections hypodermiques de curare; insuccès. — Affaiblissement des facultés intellectuelles.***

Lid... (Joseph), quarante-cinq ans, est entré le 10 mai 1880 à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Traitement du 30 *mars au* 30 *juin* 1883 (3 *mois* = 93 *jours*).

	TOTAUX DES MOIS DE TRAITEMENT		TOTAUX ANNUELS	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
1880.........	24	6	87	7
1881.........	24	1	143	2
1882.........	40	0	137	6
1883.........	41	13	173	39
1884.........	31	31	156	46
1885....... .	»	»	»	»

Dose : 3 gr. 718 milligr.

	POIDS
Mai 1880.....	44 kil. 500
Septembre 1880.......	52 kil. 400
Juillet 1881	51 kil.
Janvier 1882..	50 kil. 900
Juin —	52 kil.
Janvier 1883...	51 kil. 200
Juin —	50 kil 500
Janvier 1884	49 kil. 200
Juillet —	49 kil. 700

Taille : 1 m. 61.

Traitement. — Ce malade a eu les mêmes doses, et a été mis en traitement pendant le même espace de temps que le malade précedent (Lepellet...).

Réflexions. – Le nombre des accès a atteint le chiffre le plus élevé depuis son entrée pendant l'année 1883, aussi bien durant les trois mois de traitement que pendant les autres mois de l'année. On remarquera en plus l'élévation notable du nombre des vertiges par rapport à l'année précédente; sans incriminer le curare d'avoir produit cette augmentation des accès et des vertiges, on peut du moins affirmer que le résultat curatif a été complètement nul.

OBSERVATION XXXI. — *Epilepsie idiopathique. - Père alcoolique* (?). — *Fièvre intermittente (trois ans.)* — *Premier accès à sept ans.* — *Accès d'abord incomplets.* — *Accès de manie.* — *Déchéance intellectuelle complète.* — *Traitements divers (bromure de potassium, selin des marais,* etc.) — *Hydrothérapie* (avril à décembre 1882, et d'avril à octobre 1884). — *Traitement par les injections hypodermiques de curare; insuccès.* — *Gâtisme.*

Perch... (Gilbert), né le 24 septembre 1868, est entré à Bicêtre le 28 janvier 1882 (service de M. BOURNEVILLE).

Traitement du 11 *janvier au* 13 *février* 1883 (1 *mois* = 33 *jours*).

	TOTAUX DU MOIS DE TRAITEMENT		TOTAUX ANNUELS	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
1882	9	»	123	»
1883.........	22	»	211	»
1884.........	49	»	296	»

Dose : 533 milligr.

	POIDS.	TAILLE.
Janvier 1882...........	47 kil. 500	1 m. 48
Juin —	48 kil. 200	1 m. 52
Janvier 1883...........	48 kil.	1 m. 53
Juin —	48 kil. 100	1 m. 54
Janvier 1884............	45 kil. 500	1 m. 55
Juin —	48 kil. 700	1 m. 55

Traitement. — Mis en traitement le 11 janvier, il a débuté par 8 gouttes (solution à 2 p. 100), avec augmentation quotidienne d'une goutte chaque jour jusqu'au 18 janvier; il est mis à 16 gouttes le 20 janvier, à 17, puis à 18 gouttes les 25 et 30 janvier. Le 6 février, la dose est portée à 19 gouttes, et les 11 et 12 février, à 20 gouttes. Suppression le 13 février.

RÉFLEXIONS. — Quoiqu'il soit difficile d'apprécier l'influence du traitement en un si court espace de temps, il est aisé de voir sur le tableau ci-dessus que la marche de la maladie n'a nullement été influencée; que les accès augmentent chaque jour en nombre et que la déchéance intellectuelle s'accentue de plus en plus. En résumé, insuccès complet.

OBSERVATION XXXII. — *Hydrocéphalie.* — *Epilepsie symptomatique.* — *Père et mère consanguins.* — *Frère mort d'athrepsie à deux mois.* — *Cousine germaine paternelle de l'enfant morte à deux ans de méningite.* — *Cousin issu de germain, mort phthisique.* — *Cousin*

germain maternel mort du mal de Pott. — Onanisme. — Début à trois ans. — Débilité mentale consécutive. — Rougeole. — Erysipèle (mai 1881). — *Congestion méningitique. — Hydrothérapie* (juillet 1881 et d'avril à novembre 1882). — *Amélioration. — Abcès du cuir chevelu* (1882). — *Curare; insuccès. — Hydrothérapie* (juin à octobre 1883). — *Mal de Pott. — Abcès par congestion. — Fistule inguino-abdominale gauche. — Autopsie : tuberculose pulmonaire; méningite purulente (moelle et cerveau).*

Charm... (Emile), dix ans, entré à Bicêtre le 16 novembre 1880 (service de M. Bourneville), mort le 31 juillet 1884.

Traitement du 6 novembre 1882 *au* 8 *juin* 1883 (7 mois—201 jours).

	TOTAUX DES MOIS DE TRAITEMENT		TOTAUX ANNUELS	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
1880......	•	»	34	60
1881......	223	67	397	7
1882......	231	»	333	»
1883......	111	10	159	19
1884......	270	4	297	19

Dose : 3 gr. 563 milligr.

	POIDS.	TAILLE.
Novembre 1880......	19 kil. 500	1 m. 06
Juillet 1881........	19 kil. 700	1 m. 08
Novembre 1881......	20 kil. 350	
Janvier 1882........	20 kil.	1 m. 08
Mai —	19 kil. 500	»
Juin —	21 kil. 500	1 m. 11
Octobre —	21 kil. 800	»
Janvier 1883.......	21 kil. 900	1 m. 11
Juin —	22 kil. 300	1 m. 13
Janvier 1884.......	22 kil. 500	1 m. 13

Traitement. — Mêmes doses que pour Derou... jusqu'au 23 mai 1883. — Du 24 mai au 7 juin, 7 gouttes de la solution à 8 p. 100.

Réflexions. — Chez ce malade, dont l'état s'était trouvé considérablement amélioré en 1881 et 1882[1] durant le traitement par l'*hydrothérapie*, les accès ont été moins fréquents que pour les périodes correspondantes de 1882 et 1884. Cette action doit-elle être attribuée au curare? C'est à cette époque que remonte le début de son *mal de Pott*, et nous devons rappeler à ce sujet que les maladies intercurrentes suppriment ou

[1] Voir P. Bricon. — *Du traitement de l'épilepsie*, 1883.

diminuent fréquemment les accès, sans que toutefois on puisse déterminer exactement leur rôle et le mécanisme et la durée de leur action. Nous noterons aussi que l'enfant soumis aux douches après la suppression du traitement par le curare n'a plus retiré de l'hydrothérapie le bénéfice des années précédentes. La marche des accès est du reste, depuis novembre 1882 au 31 juillet 1884, très irrégulière; le nombre en est tantôt élevé, tantôt diminué d'un mois à l'autre sans qu'il soit possible de se rendre compte de ces irrégularités.

Observation XXXIII. — *Epilepsie idiopathique. — Cousine germaine (du père) épileptique. — Convulsions à dix-huit mois. — Parésie gauche. — Secousses de la main gauche. — Premier accès en mai 1880. — Vertiges. — Aura et affaiblissement des facultés intellectuelles. — Accès surtout nocturnes. — Hydrothérapie* (1881-1882). — *Amélioration. — Curare; insuccès. — Tuberculose. — Mort.*

Délai... (Edouard), dix-huit ans, est entré à Bicêtre le 7 décembre 1880 (service de M. Bourneville), décédé le 25 octobre 1883.

Traitement du 6 *novembre* 1882 *au* 30 *juin* 1883 (8 mois=233 jours).

	Totaux des mois de traitement		Totaux annuels	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
1881.........	207	95	364	140
1882.........	134	21	175	5
1883.........	61	»	85	»

Dose : 5 gr. 532 milligr.

	Poids.	Taille.
Décembre 1880......	40 kil. 500	1 m. 51
Juillet 1881........	42 kil.	1 m. 52
Janvier 1882.......	44 kil.	—
Avril —	45 kil. 700	—
Juin —	48 kil. 800	1 m. 53
Décembre 1882......	49 kil. 100	—

Traitement. — Mêmes doses que Charm... jusqu'au 22 mai. Du 22 mai au 8 juin, il reste à 9 gouttes de la solution à 8 p. 100, et de cette date à fin de juin à 11 gouttes.

Réflexions. — Comme pour le malade précédent, il nous est difficile de déterminer d'une façon précise quelle a été l'influence de la maladie intercurrente sur la marche des accès. Quant à l'influence du curare, elle nous a paru être complète-

ment nulle, car déjà, depuis quelques mois, les accès allaient en diminuant progressivement, les vertiges avaient complètement disparu ; pendant le traitement par le curare, les accès se maintiennent à peu près au même chiffre que dans les mois précédents, ils s'élèvent toutefois à 18 et 19 dans les mois de mai et juin 1883, puis tombent à 8, 2, 2 et 1 pour les quatre mois suivants ; le traitement avait été supprimé le 30 juin, la mort eut lieu le 25 octobre.

Observation XXXIV. — *Idiotie ; épilepsie. — Mère : idées de suicide pendant deux mois. — Grand-père maternel mort de phthisie. — Grand'mère maternelle morte de cancer utérin. — Frère jumeau mort à trois jours (convulsions). — Grossesse : chute à cinq mois, peur à sept mois et demi. — Premières convulsions à deux mois, suivies d'une paralysie gauche. — Depuis, nombreux accès. — Gâtisme. — Tics, tournoiement, mérycisme partiel (liquides). — Secousses ; traitement par le curare, insuccès. — Obstruction du larynx par un morceau de viande ; mort. — Autopsie : sur l'hémisphère cérébral droit (face convexe) : atrophie de la plupart des circonvolutions situées en arrière du sillon de Rolando, et des circonvolutions de la face interne.*

Vautr... (Ernest)[1], né le 11 février 1872, entré le 25 mai 1878, à Bicêtre (service de M. Bourneville). Mort le 22 mai 1883.

Traitement du 23 *novembre* 1882 *au* 22 *mai* 1883
(5 mois = 146 jours).

	Totaux des mois de traitement		Totaux annuels	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
1878	»	»	47	»
1879	9	»	29	»
1880	31	»	35	»
1881	27	»	28	»
1882	3	»	3	»
1883	10	»	10	»

Dose : 3 gr. 747 milligr.

[1] L'observation complète de ce malade a été publiée dans le *Progrès médical*, 1882, p. 720, et dans le *Compte rendu* du service de Bicêtre pour 1882, p. 105 ; voir aussi : *Du Mérycisme*, par Bourneville et Séglas (*Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie*, etc. (*Compte rendu du service des épileptiques* de Bicêtre pour 1883, t. IV, p. 60 ; Paris, 1884.)

	POIDS.	TAILLE.
Novembre 1879.	17 kil. 100	1 m.
Septembre 1880	18 kil. »	1 m. 06
Juillet 1881.	19 kil. 100	1 m. 10
Janvier 1882	19 kil. 100	1 m. 10
Juillet —	19 kil. 900	1 m. 12
Janvier 1883.	19 kil. 400	1 m. 13
Mai 1883 (après décès). .	19 kil. 200	1 m. 13

Traitement. — Mis au curare le 23 novembre 1882, aux mêmes doses, pendant toute la période de traitement, que Dero... (Obs. XVIII.)

Réflexions. — Ce malade avait été mis au traitement par les injections de curare dans l'espoir que celui-ci aurait une influence favorable sur les *secousses*. On trouve, en effet, noté dans l'observation que les secousses [1] sont devenues plus rares et moins fortes. Quant à l'action du curare sur les accès, elle semble fort problématique; s'il est vrai que dans les premiers mois du traitement, ceux-ci n'ont pas augmenté d'une façon notable, on voit que dans le dernier mois (mai, 7 accès), ils deviennent plus nombreux, qu'alors la période de stertor se compliquait d'accidents asphyxiques, que ces accidents se montraient surtout dans les accès qui suivaient de près l'injection du curare. Si donc le curare a eu quelque action sur les secousses, cette action paraît avoir été défavorable en ce qui concerne les accès.

Observation XXXIII. — *Epilepsie idiopathique. — Père, impaludisme. — Tante paternelle épileptique. — Grand'tante paraplégique. — Premières convulsions à cinq mois, puis jusqu'à deux ans. — Premier accès à cinq ans. — Croup et trachéotomie à sept ans. — (Tumeur blanche du pied) (amputation de la jambe gauche). — Etat de mal. — Bromure d'or* (1882). — *Curare, insuccès. — Mort en état de mal.*

Dond... (Alphonse), né le 25 mai 1867, est entré à Bicêtre le 7 janvier 1882 (service de M. Bourneville); décédé le 14 décembre 1883.

[1] Voir sur ce sujet : Bourneville, *Iconogr. photogr. de la Salpêtrière*, t. I, II et III, *passim; — Compte rendu* de Bicêtre, pour 1880, p. 64; — *Compte rendu* pour 1883, p. 63, etc.

Traitement du 17 février au 31 août 1883 (6 mois et demi = 192 jours).

	TOTAUX DES MOIS DE TRAITEMENT		TOTAUX ANNUELS	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
1882	341	835	781	1.348
1883	**445**	**932**	1 309	2.306

Dose : 7 gr: 680 milligr.

	POIDS.	TAILLE.
Janvier 1882	40 kil. 400	1 m. 42
Juin —	44 kil. »	1 m. 48
Janvier 1883.......	42 kil. 900	1 m. 49
Juin —	38 kil. 900	1 m. 49

Traitement. — Il est soumis aux injections de curare le 17 février, à la dose de 10 gouttes (solution à 2 p. 100), avec augmentation quotidienne d'une goutte jusqu'au 27 février; de cette époque au 8 juin, il est aux mêmes doses que Boiss... (Obs. XXII). — Le 8 juin, il est mis à 11 gouttes de la solution 8 p. 100; le 4 juillet, à 12 gouttes; les 6 et 15 août, à 13 et 14 gouttes.

Réflexions. — Le traitement n'a donné chez ce malade aucun résultat, comme l'on peut s'en assurer en jetant un simple coup d'œil sur le tableau ci-dessus.

CONCLUSIONS

Les résultats que nous avons obtenus sont bien différents de ceux qui ont été enregistrés par quelques auteurs. En effet, sur vingt et un malades, atteints des *formes les plus variées* de l'épilepsie, les uns *adultes*, les autres *enfants*, soumis aux injections sous-cutanées de curare durant trois, six mois et même davantage, nous n'en avons trouvé qu'un seul qui ait retiré des bénéfices sérieux du traitement (Obs. XXV); un autre a été légèrement amélioré (Obs. XXVI). Enfin, chez un troisième, si les accès n'ont pas diminué, nous avons constaté un amendement dans les *secousses*, accident commun de l'épilepsie. En résumé, comme on le voit, ces résultats sont peu encourageants et nous ne pensons pas que l'on doive maintenir le curare sur la liste des médicaments utiles dans le traitement de l'épilepsie.

III.

De l'emploi de l'acide sclérotinique dans l'épilepsie ;

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Renseignés sur les propriétés physiologiques et le mode d'emploi de l'acide sclérotinique par l'examen des travaux publiés jusqu'alors (1882) sur ce nouvel agent thérapeutique (1) et engagés par l'emploi antérieur des préparations ergotées dans l'épilepsie, nous nous sommes décidés à essayer l'acide sclérotinique chez les épileptiques.

Les préparations ergotées ont été déjà employées dans le traitement de l'épilepsie avec plus ou moins de succès apparent, mais l'*acide sclérotinique*, à notre connaissance, n'avait pas encore été utilisé pour combattre le mal comitial lorsque nous avons commencé nos essais. Nous l'avons administré, soit en *injections hypodermiques*, soit en *julep*.

A. *Traitement par les injections hypodermiques.* — Le 1er décembre 1882, quatre enfants épileptiques ont été soumis à des injections hypodermiques de la solution suivante d'acide sclérotinique (2).

---

(1) Voir pour les renseignements historiques et bibliographiques : Bricon. — *De l'emploi de l'acide sclérotinique* (*Progrès médical* 1882, p. 597).

(2) Cette solution n'est autre que celle employée par M. le professeur Prévost (de Genève).

Acide sclérotinique . . . 0 gr. 30 à 0 gr. 60 centigr.
Eau distillée . . . . . . 10 gr.
Acide phénique . . . . . 0 gr. 10 centigr.

La seringue de Pravaz, soit un gr., contient donc de 0 gr. 03 centig. à 0 gr. 06 centigr. d'acide sclérotinique.

Suivant une habitude du service, chaque fois qu'il s'agit de médicaments nouveaux ou peu connus, nous avons débuté par des doses faibles qui ont été peu à peu élevées. Le tableau suivant en indique la progression :

1882 1er déc.	1882 8 déc.	1882 15 déc.	1883 1er janv.
—	—	—	—
0 gr. 015	0 gr. 03	0 gr. 045	0 gr. 06

En injections hypodermiques, la dose de 6 centigr. n'a pas été dépassée. La *durée* du traitement a été de 6 semaines pour l'un des enfants, Bourguignon (du 1er décembre au 11 janvier), mort le 14 janvier; de 6 mois 1/2 pour deux autres (du 1er décembre au 11 juin) et enfin de 7 mois pour le dernier, Courché (du 1er décembre au 30 juin).

Du 1er janvier au 8 mars 1883, Sch.... Mangin et Courch... ont été à la dose quotidienne de 6 centigr. avec interruption du 7 au 15 février inclusivement. — Les *doses* ont été ensuite :

De 0 gr. 036	à partir	du	9	mars.
0 — 039	—		13	—
0 — 042	—		17	—
0 — 045	—		21	—
0 — 048	—		25	—
0 — 051	—		29	—
0 — 054	—		4	avril.
0 — 057	—		9	—
0 — 060	—		14	—

Cette dernière dose (6 centigr.) a été maintenue jusqu'à la suppression. — Chez aucun de ces enfants nous n'avons eu à noter d'accidents locaux; l'injection a paru n'être que très peu douloureuse. Les symptômes généraux ont aussi complètement fait défaut.

Le tableau ci-dessous indique la marche des accès *avant, pendant* et *après* le traitement :

	Totaux des accès des 7 mois précédents ; — des 7 mois de traitement ; — des 7 mois suivants :						Totaux des accès des 6 premiers mois de l'année 1882, comparés avec les mois corresp. de 1883 et 1884 :					
	Avant.		*Pendant.*		*Après.*		1882		1883		1884	
	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.
Bourguig. (1).	115	589	667	0	»	»	»	»	»	»	»	»
Schad...	158	»	157	»	216	»	136	»	133	»	68 (2)	»
Magni...	111	»	101	»	134	»	64	»	89	»	113	»

	Du 21 au 25 nov. 1882.		Du 9 au 13 fév. 1883.		Du 20 au 24 juin 1883.	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Courc... (3).	143	550	115	750	115	577

Du 20 au 24 avril 1880.	
Accès.	Vertiges.
226	963

B. *Traitement par l'acide sclérotinique administre à l'intérieur.* — Le *julep* a toujours été administré en deux fois, le matin et le soir. Huit malades épileptiques ont été traités par l'acide sclérotinique donné en julep à doses progressives. Quatre ont été mis en traitement le 12 novembre 1882 (Maud..., Dur..., Div..., Rob...). Les doses ont été pour eux de 10 centigr. le 12 novembre, de 15 le 8 décembre, de 16 le 9 mars, de 17 le 15 mars, de 18 le 20 mars, etc. Elles ont été augmentées d'un

(1) Pour ce malade nous n'avons de point de comparaison qu'entre les mois de novembre et décembre 1882. — Le malade, entré à Bicêtre le 11 septembre, est mort le 14 janvier de *broncho-pneumonie.* (Voir l'observation complète dans les *Archives de Neurologie.* p. 237; T. VI, 1883, sept et *Compte rendu* pour 1883, p. 103).

(2) En 1884 le relevé des accès ne comprend que les trois premiers mois de l'année.

(3) Il nous est impossible de donner ici le tableau complet des accès et des vertiges dont il est impossible de faire relevé à cause de leur trop grand nombre ; nous donnons seulement pour Courché le relevé de 5 jours fait de temps à autre par deux personnes spécialement chargées de ce service.

centigr. tous les cinq jours jusqu'à la dose maxima quotidienne de 25 centigr., atteinte le 28 avril. Cette dose a été continuée jusqu'au 11 juin pour deux malades (Dur... et Div...) qui furent alors soumis à un autre traitement, jusqu'au 1er juillet pour un autre, Rob..., qui cessa tout traitement pendant le mois de juillet et fut remis à la même dose dès le 1er août, puis à 26 centigr. du 6 au 31 août, à 27 centigr. durant le mois de septembre et à 30 centigr. à partir du 12 octobre, enfin le quatrième (Maud...) resta à 25 centigr. du 28 avril au 6 août, jour où la dose fut élevée à 27 centigr., puis à 30 centigr. le 12 octobre jusqu'au 31 mars 1884.

Des quatre autres malades, (Dubreuil, Lechesne, Simonet, Bethfort), trois furent mis en traitement le 30 mars 1883 et un (Lechesne) (1) le quatre avril, avec augmentation progressive de 2 centigr. tous les deux jours, de sorte que le 1er mai ils étaient aux doses de 22 et 20 centigr. ils y restèrent jusqu'au 12 juin où la dose fut augmentée de un centigr. chaque 5 jours jusqu'à la dose maxima de 25 centigr. qui fut continuée jusqu'au 6 août. En août la dose fut élevée à 26 centigr., en septembre à 27, et le 12 octobre à 30 centigr. jusqu'au 1er avril 1884, sauf pour Bethfort dont le traitement a été supprimé le 12 octobre 1883. — Nous n'avons eu à constater chez aucun de nos malades de phénomènes anormaux.

Les accès et les vertiges ont eu la marche suivante :

Malades en traitement depuis le 12 *novembre* 1882 *jusqu'au* 31 *mars* 1884 :

	Années. 1882		Années. 1883		Du 1er avril 1882 au 31 mars 1883.		Du 1er avril 1883 au 31 mars 1884.	
	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.
Robin. .	310	1	**317**	**1**	284	1	**340**	**1**
Mauduit.	30	29	**19**	**10**	33	29	**15**	**10**

(1) Les doses prises par ce malade ne correspondent pas exactement avec celles des trois autres ; ce n'est qu'à partir du 1er juillet 1883 que les doses furent exactement les mêmes pour tous.

Malades en traitement du 12 *novembre* 1882 *au* 11 *juin* 1883 *et au* 20 *juillet* 1883 :

	De janvier au 1er juillet 1882.		De janvier au 1er juillet 1883.	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Dive. . .	27	1	52	21
Duru (1) .	105	2	112	6

Malades en traitement du 30 *mars* 1883 *au* 31 *mars* 1884 *et au* 12 *octobre* 1883 : (Bethfort).

	Du 1er avril 1882 au 31 mars 1883.		Du 1er avril 1883 au 31 mars 1884.	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Dubreuil .	177	14	119	1
Le Chesne.	381	1	331	10
Simonet. .	44	2	27	—

	Du 1er avril au 31 octobre 1882.		Du 1er avril au 1er octobre 1883.	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Bethfort. .	41	7	48	2

On remarquera, chez la plupart des malades soumis au traitement, par l'acide sclérotinique en julep, une diminution de poids assez considérable pour quelques-uns. Nous ne saurions, pour l'instant, nous en expliquer la cause réelle.

En résumé, sur douze malades traités par l'acide sclérotinique donné soit en injections hypodermiques, soit à l'intérieur, nous n'avons constaté d'amélioration que chez cinq malades. Sur ce nombre, quatre sont en traitement depuis plus d'un an. Ces résultats sont donc peu encourageants ; toutefois nous avons cru utile de les publier afin que notre expérience serve de guide aux auteurs qui voudraient de nouveau employer l'acide sclérotinique (2) dans l'épilepsie.

---

(1) Transféré le 20 juillet 1883.

(2) Depuis que nous avons commencé nos recherches, nous avons vu que M. Gowers avait déjà prescrit ce médicament. « Parmi d'autres substances que j'ai essayées, dit-il, et dont j'ai constaté l'inu-

Le tableau ci-dessous permet de comparer les principales particularités observées chez chaque malade.

	Noms.	Doses absorbées.	Durée du traitement.	Poids et Taille. Janv. 1882.	Juin	Janv. 83.	Juin	Janv. 84.
				k.	k	k.	k.	k.
Injections hypodermiques.	Bourguignon. .	1 gr. 740	42 jours.	» »	16 »	12.800	» »	» »
	Schadlc. . . .	10 gr. 401	183 —	» »	36.900	39 300 1m30	41.200 1m45	41 900 1m47
	Mangin. . . .	10 gr. 401	183 —	32.100 1m33	35.400 1m36	35.700 1m39	36.100 1m40	38.500 1m41
	Courché . . .	11 gr. 601	203 —	» »	» »	30.700 1m30	30.100 1m30	35.400 1m33
Juleps.	Duru.	44 gr. 30	212 —	61.600	62.500 1m62	60.400	62.700 1m62	» »
	Dive	44 g.. 30	212 —	62 300 1m68	68.100	67.700	67.500	» »
	Mauduit. . . .	122 gr. 04	505 —	» »	r5.200	53.300	56 »	51.800
	Robin	113 gr. 97	474 —	» »	» »	59.600	56.600	53.400
	Simonet . . .	99 gr. 56	337 —	» »	» »	57 »	55.100	54.900
	Dubreuil. . .	99 gr. 56	337 —	» »	» »	58.300 1m60	53 600 1m60	55.400 1m60
	Bethfort . . .	46 gr. 96	104 —	57 » 1m70	57.500 1m70	58.100 1m70	57.300 1m70	57.200 1m70
	Le Chesne. .	101 gr. 75	332 —	» »	» »	57.500 1m 1	54.300 1m61	54.100 1m61

tilité sont le benzoate de soude..., l'*ergot de seigle*, l'*acide sclérotique*, le nitrite d'amyle donnés par voie stomacale. (*De l'épilepsie et autres maladies convulsives chroniques*. Paris. 1883). Il est à regretter que M. Gowers n'ait pas donné quelques détails sur le nombre des cas traités, sur le mode d'administration, les doses, etc.

IV.

De la roséole idiopathique ou rubéole;

Par Bourneville et Bricon.

Nous avons observé, à Bicêtre, en juin 1881, une épidémie de rubéole ; alors nous n'avions pas cru utile d'en publier la relation. Pour nous, la roséole était une affection connue et nous croyions que, admise à notre époque comme spécifique par la plupart des auteurs (Rilliet, Barthez, Balfour, Trousseau, Gerhardt, Vogel, Thomas, Nymann, Emminghaus, Steiner, Roger et Damaschino, etc., etc.), il n'y avait guère d'utilité à relater des cas d'ailleurs réguliers ; aussi grand fut notre étonnement quand nous avons vu récemment des journaux présenter la roséole ou *Rötheln* des Allemands comme une affection en quelque sorte inconnue en France. Revenant sur notre décision, nous nous sommes décidés à résumer brièvement les opinions des principaux auteurs et à donner un rapide exposé des cas par nous observés à Bicêtre, et auxquels nous ajouterons quatre cas observés par l'un de nous en ville.

La *roséole*, répétons-nous, est connue depuis longtemps, et il n'est pas de médecin praticien qui n'en ait vu des cas. Mais son étude faite par les uns avec les roséoles symptomatiques, son assimilation par les autres avec la rougeole, etc., n'ont pas peu contribué à entourer son histoire d'obscurité. Nous en dirons autant de ceux

---

(1) Au XVIIIe siècle, les auteurs français distinguaient la *Roseola* de la *Rubeola*, nom donné à la rougeole.

qui, avec Canstatt et Niemeyer, définissent la rubéole : « un exanthème à taches rouges dont on ne sait, en comparant les phénomènes généraux et les symptômes qui se montrent du côté des muqueuses, toujours atténués, s'il faut le faire rentrer dans la rougeole, la scarlatine, l'urticaire ou l'érythème, etc. » (1).

D'autres auteurs la rapprochaient tantôt de la scarlatine, tantôt de la rougeole ou en faisaient une maladie mixte. Aussi n'est-on pas étonné de voir M. le professeur Wieger (de Strasbourg), dans son *Cours de pathologie interne*, 1865-1866, s'exprimer ainsi :

« *Roséole, Rubéole, Essera, Rötheln*. Confusion totale. Eruptions douteuses de toute sorte ; épidémies douteuses même ; graves ou légères. Rubéole morbilleuse : exanthème large ou confluent avec catarrhes morbilleux. Rougeole Rubéole scarlatineuse : Exanthème tacheté avec pharyngite, fièvre intense suivie d'hydropisie-scarlatine. Epidémies mixtes où parfois tous les cas étaient mixtes avec pharyngite et catarrhes ; fièvre d'invasion plus longue que celle de la scarlatine : régnant avant, pendant ou après des épidémies de rougeole ou de scarlatine, ou des deux ; donnant par contagion la rubéole ou l'une des deux autres ; probabilité de scarlatine — à revoir. — Opinion de M. Trousseau : Rubéole, maladie à part, ressemblant à la rougeole, mais sans gravité, pouvant récidiver, sans catarrhes. »

Laissant de côté les Arabes et les auteurs des siècles qui ont précédé le nôtre, nous allons énumérer l'opi-

(1) M. Longuet (*Union médicale*, 25 décembre 1883) en adoptant cette définition, semble admettre l'existence de l'ancienne *Rötheln* des Allemands. Sous le nom de *Rötheln* les Allemands désignent actuellement une maladie tout autre, spécifique et contagieuse, qui n'est autre que la *roséole fébrile* ou idiopathique de certains auteurs français. M. Thomas, dans une des meilleures monographies que nous possédions (*Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie* de Ziemssen. Bd. II. *Acute Infections Krankheiten*, 2 H. 1877), classe parmi les auteurs qui ne considéraient pas la *Rötheln* dans le sens moderne, Schönlein, Canstatt, Paasch, Gintrac, etc., et parmi ceux au contraire qui l'ont envisagée selon les idées actuellement régnantes, Wagner, Collin, Trousseau, Danis, Wunderlich, etc. C'est donc à tort que M. Longuet nous présente comme maladie nouvelle l'ancienne Rötheln des Allemands que nous ne saurions relever du juste oubli dans lequel elle est tombée même dans le pays où cette prétendue maladie spécifique trouvait tant de défenseurs.

nion de quelques-uns des principaux auteurs contemporains. Tout d'abord voici comment Rayer (1826) (1) parle de cette affection :

« L'étude de l'inflammation légère et superficielle que je désigne, d'après Willan, sous le nom de Roséole, n'offre réellement d'intérêt que parce que cette maladie a souvent été confondue avec la rougeole et la scarlatine. Cette circonstance explique même l'opinion de quelques médecins qui ont avancé que les récidives de la rougeole et de la scarlatine étaient assez fréquentes. »

Rayer n'admet pas la contagiosité de la rubéole, qu'il semble du reste confondre avec différentes autres roséoles symptomatiques (p. 44). Plus loin (p. 45) nous trouvons les lignes suivantes qui se rapportent évidemment à la rubéole :

« Le second jour, l'exanthème de la roséole continue à être animé ; il est accompagné d'une légère démangeaison, mais non d'un sentiment de cuisson, comme cela a lieu dans l'urticaire Il devient ensuite d'un rouge moins vif et peut disparaître complètement dès le troisième jour. Cependant d'autres taches d'un rouge plus foncé persistent quelquefois jusqu'aux quatrième et cinquième jours. La durée de la roséole ne s'étend jamais au delà de ce terme, à moins que la maladie ne se compose de plusieurs éruptions successives. »

Le diagnostic (p. 46) qu'il en fait avec les autres maladies éruptives (rougeole, scarlatine, urticaire, érythème) est exact, si l'on en excepte la contagiosité. Alibert (2) a consacré un chapitre spécial à la roséole, qu'il divise en idiopathique et symptomatique.

« J'observe souvent, dit-il, la roséole idiopathique ; il est rare qu'elle se prolonge au delà de deux à trois journées. C'est par exception qu'on la voit durer pendant toute une semaine. Elle débute par un frisson de quelques minutes, par un peu de somnolence et de douleur à la tête, par une *rêvasserie* nocturne et quelques agitations, qui viennent, pour ainsi dire, se mêler au sommeil chez les enfants. Chez quelques-uns d'entre eux, la peau

(1) Rayer. — *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. I. Paris, 1826, p. 43.
(2) Alibert. — *Monographie des dermatoses*. Paris, 1832, p. 222.

est tourmentée par un prurit passager ; chez d'autres, il ne survient pas la moindre démangeaison, le plus souvent le ventre est constipé, la langue est rouge et muqueuse à sa base, les malades éprouvent une certaine gêne dans le pharynx quand ils veulent avaler. »

. Plus loin (p. 223) il dit « qu'il faut chercher la cause de l'éruption roséolée dans les qualités de l'air. On a dit, sans preuves suffisantes, qu'elle n'était pas contagieuse ; mais qui peut le savoir ? » Barthez et Rilliet (1), dans leur excellent *Traité*, ont établi que la roséole est à la rougeole ce que la varicelle est à la variole.

« Cependant nous avons déjà dit (t. II, p. 101), et nous le répétons ici, que la roséole se confond quelquefois avec certaines rougeoles anormales et simples. La forme, la couleur, la distribution et la marche des taches sont à peu près les mêmes ; le mouvement fébrile est presque nul, et l'on doit rester dans le doute sur le diagnostic de ces éruptions, à moins qu'une épidémie régnante ne vienne démontrer leur nature rubéoleuse.

« Mais, qu'il y ait épidémie ou non, nous aimerions à confondre toutes ces formes de transitions en une seule, qui serait à l'éruption morbilleuse ce qu'est la varicelle à la variole. En effet, la varicelle sporadique est aussi distante de la petite variole que la roséole l'est de la rougeole ; et si l'on a trouvé une raison suffisante pour réunir en un même groupe les éruptions varioleuses et varicelleuses, d'après ce fait qu'on les voit se développer simultanément pendant des épidémies, une raison pareille existe pour ranger dans une même catégorie la roséole et la rougeole.

« Nous avons déjà parlé ailleurs des opinions des médecins allemands qui considèrent la roséole (Rötheln) comme une variété de la scarlatine ; nous croyons, en effet, qu'on a décrit sous ce nom plusieurs cas de scarlatine anormale et de véritable roséole. Marcus avait établi entre la roséole et la scarlatine les rapprochements que nous venons de faire soit entre la rougeole et la roséole, soit entre la variole et la varicelle. »

Les mêmes idées sont développées par Trousseau et, quoi qu'en ait dit M. Longuet, nous ne saurions différencier la roséole de Trousseau de la rubéole ou Rötheln moderne des Allemands. M. Thomas (2) dans

(1) Barthez et Rilliet. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. III, p. 260, Paris, 1861.

(2) Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de l'ancienne Rötheln des allemands que M. Jaccoud dans son *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 715, édition de 1873, semble avoir eu en vue en décrivant la *rubéole*.

l'article qu'il a consacré à celle-ci (Rötheln) n'a garde d'oublier Trousseau parmi ceux qui faisaient de la Rötheln une maladie spécifique.

« La confusion, dit Trousseau, dans laquelle sont tombés un grand nombre de médecins par rapport à la varicelle, considérée par eux comme une variété de la variole, a aussi existé par rapport à la roséole, que l'on regardait comme une rougeole modifiée. Mais aujourd'hui, tandis que certains auteurs confondent encore les deux premières maladies, tous établissent nettement les différences qui séparent la roséole de la rougeole, avec laquelle elle paraît offrir, à première vue, un semblant d'analogie, et décrivent comme une espèce nosologique parfaitement distincte de la fièvre éruptive dont je veux vous dire quelques mots. Elle est caractérisée, comme la rougeole, par une éruption exanthémateuse constituée par des taches roses, irrégulières, dont l'apparition est presque toujours précédée par des phénomènes fébriles. Ces symptômes généraux se manifestent pendant un ou deux jours et rarement, continue-t-il, pendant deux ou quatre jours. »

Trousseau les fait consister en un léger malaise avec mouvement fébrile assez marqué, en frissons, mal de tête, inappétence, soif vive, agitation ou au contraire prostration et, chez les enfants très jeunes, souvent en vomissements, diarrhée et convulsions.

Mais ce qui distingue tout de suite la roséole de la rougeole, c'est l'absence, dans le premier cas, du catarrhe oculaire, nasal et bronchique, phénomène obligé de la période prodromique de la fièvre morbilleuse. Jamais, en effet, vous ne verrez, dans la roséole, le larmoiement, le coryza, la toux de la rougeole. L'éruption elle-même est très différente de l'éruption spécifique de cette dernière maladie. Les taches rubéoliques ne sont plus en effet saillantes comme le sont les taches morbilleuses : plus pâles, plus larges que celles-ci, plus distinctes les unes des autres, et plus isolées par des espaces de peau blanche, elles s'effacent sous la pression du doigt, pour reparaître aussitôt, et donnent lieu à des démangeaisons assez vives, ardentes et prurientes, disait Vogel. A certaines époques, ainsi que Frank l'a observé, elle a régné épidémiquement, quoiqu'on ait dit le contraire, elle est contagieuse. Assurément je ne prétends pas qu'elle le soit au même degré que la rougeole ; mais parmi les causes multiples de la roséole, la contagion joue un rôle, à mon avis incontestable. Un fait capital peut servir encore à séparer la roséole de la rougeole, comme il sépare la varicelle de la variole : c'est qu'une atteinte de l'une ne met pas à l'abri de l'autre. De plus, tandis qu'un même individu ne contracte généralement qu'une fois la rougeole, une roséole antécédente ne préserve pas de nouvelles attaques ; et même, dit Borsieri, celui qui en a été affecté une première fois est plus sujet à en être affecté par

la suite; « qui semel iis laboravit, facile iterum pluriesque prehenditur. »

Puis Trousseau parle du siège de l'éruption, de sa fugacité. Pour lui, elle ne serait pas suivie de desquamation. Il s'appuie, pour séparer la rubéole de la rougeole, sur l'absence de complications et sur la bénignité de la maladie.

M. Thomas qui a fait de la Rötheln une étude toute particulière et Steiner (1), n'ont nullement décrit l'ancienne Rötheln des Allemands. On en jugera facilement par le résumé suivant que nous faisons du chapitre consacré par ce dernier auteur à la rubéole.

La *Rubéole* est un exanthème aigu autonome, n'ayant avec la rougeole ou la scarlatine, aucun caractère d'identité ; elle est caractérisée par une rougeur maculeuse très-fugace de la peau, accompagnée ou non de manifestations générales très médiocres. Elle est épidémique. Son incubation est de 2 semaines et demie à 3 semaines (Emminghaus). Les prodrômes sont de « quelques secondes » à 2 jours (4 jours d'après Lindwurm). On note un catarrhe nasal, pharyngien, oculaire (Gerhardt, Thomas, etc.) Eruption soudaine : 24 à 48 heures de durée, jamais plus. Desquamation furfuracée (Gerhardt, Thomas, etc.) Evolution entièrement apyrétique ou très faiblement pyrétique. Sommet de la courbe à l'apparition de l'exanthème. Contagiosité (Thierfelder, Thomas, Emminghaus).

Nous n'avons pas la prétention d'analyser tous les travaux allemands modernes que la plupart de nos lecteurs sont à même de pouvoir consulter (2). Nous nous bornerons, en terminant cet historique, à mentionner la discussion qui s'est élevée au sujet de la rubéole au sein du Congrès de Londres (1881) et les idées émises par M. Delastre dans sa thèse (1883).

Au congrès de Londres, MM. W. B. Chehdle (de Londres), M. Kassowitz (de Vienne), J. Lewis Smith (de New-York), G. E. Shuttleworth (de Lancaster),

(1) Steiner. — *Compendium des maladies des enfants*, trad. Kéraval, 1880, p. 612.
(2) Voir à ce sujet l'article de Thomas, *loc. cit.*

William Squire (de Londres), ont fait des communications intéressantes qui ont été le point de départ d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Fergus (Marlborough), J. Glaister (Glasgow), Martin Oxley (Liverpool), J. A. Wood (Liverpool), d'Espine (Genève), A. Jacobi (New-York), J. P. J. Houstorm (Savannah), W. Stewart (Barnsley), Schuttleworth et Cheadle (1).

Le Dr West, président de la section, a résumé cette discussion à peu près dans les termes suivants :

Un consentement général existe, car il n'y a que deux dissidents, quant à l'existence d'une maladie distincte, semblable à certains points de vue, mais non identique, à la rougeole ou à la scarlatine Elle se sépare de la précédente par une période d'incubation qui est plus longue, et qui se rapproche davantage de celle de la rougeole, laquelle, toutefois, la dépasse ordinairement. Elle se distingue ultérieurement de la scarlatine, non seulement par une différence dans les caractères de l'éruption, qu'il n'est pas cependant toujours possible d'apprécier dans les premières 24 heures de son apparition, mais aussi par l'absence de desquamation ou d'albuminurie. La période de convalescence ne présente pas les complications qui s'observent dans la rougeole ou la scarlatine. Une particularité qui accentue la distinction de la rubéole de ces deux maladies, c'est la fréquence de son développement chez les individus qui ont eu la rougeole et la scarlatine. Sur les 32 cas du Dr Cheade, 22 avaient eu antérieurement la rougeole, dont 10, sous ses yeux. Des 48 cas du Dr Smith, 19 avaient eu la rougeole, et, dans une autre épidémie, 8 avaient eu et la rougeole et la scarlatine dans un espace de huit mois ; et, bien que cela soit un fait connu, que ces deux maladies puissent se présenter plus d'une fois, cependant une fréquence telle que celle qui vient d'être citée, est sans exemple dans l'une et l'autre maladie. Elle parait se rapprocher surtout de la rougeole et ressembler, si elle ne lui est pas

(1) *Transactions of the international medical Congress*, seventh session. — 1881. t. IV, p. 4-34. — Cheadle. *On the existence of two distinct forms of Eruptive Fever, usually included under the head of Measles, and the relation of them to the so-called Rubeola or Rhötheln*. p. 4-10. Kassowistz. *Die Wirkliche Stellung der sogenannten Rubeola, Röthaln oder « German Measles », und die Verwandschaft derselben mit Scharlachfieber und Masern*, p. 10-14. — Smith. *Contributions to the Study of Rötheln*, p. 14-21. — Schuttleworth *The real Position of the so-called Rubeola, Rôtheln, or German Meales, and its relation to Scarlatina and Measles, as illustred in the history of thirty-one observed Cases*, p. 21-27. — W. Squire. *On Rubella, Rubeola sine catarrho, Rötheln, or German Measles*, p. 27-31.

identique, à la *rubeola sine catarrho* de Willan. L'éruption est souvent tout à fait analogue dans les deux maladies d'une façon générale, les symptômes se rapprochent étroitement. En règle, ils ont une moyenne intensité, ne font courir aucun danger, n'exigent aucun traitement, quoique le cas relaté par le D[r] Cheadle montre que, nonobstant les particularités distinctives, elle puisse offrir une série très grave de symptômes. Une observation du D[r] Jacobi doit être présente à l'esprit : c'est que, se développant, comme cela arrive souvent, entre deux épidémies l'une de rougeole, l'autre de scarlatine, suivant ou précédant l'une ou l'autre, ses caractères peuvent être modifiés au point de se rapprocher à quelques égards de l'une ou l'autre fièvre éruptive... Un grand point pratique c'est de prendre soin dans les cas douteux de scarlatine, parce qu'ils peuvent être moyens, de dire d'un cas, pour calmer sur le moment l'anxiété des parents, c'est la rougeole des germains et d'être ainsi cause de l'expansion de la scarlatine dans une famile. Il ne faut pas oublier que ses affinités sont avec la rougeole, non avec la scarlatine, et qu'elles se ressemblent quelque peu l'une l'autre, comme la varicelle et la variole. Semblables, mais non les mêmes :

« *Facies non una, nec diversa tamen*
Qualis solet esse sororum. »

Non deux sœurs jumelles, mais, à un certain degré, demi-sœurs.

Cette citation montre que la rubéole considérée comme entité morbide rallie la plupart des observateurs.

M. Delastre (1) a été amené à faire des recherches sur la rubéole par suite d'une épidémie d'exanthèmes à forme mixte, indéterminée, ayant sévi à l'hôpital de la Charité de Lyon, de novembre 1881 à mai 1882, mais n'ayant aucune parenté avec la rubéole. Voici la définition qu'il donne de la rubéole (p. 45).

« La rubéole est un exanthème spécifique, de nature contagieuse, se rapprochant par la forme mixte de son éruption de la rougeole et de la scarlatine, dont il se distingue néanmoins par des caractères spéciaux, et surtout par l'absence de certains symptômes généraux qui accompagnent toujours ces deux lésions éruptives (2).

---

(1) Delastre. — *Contribution à l'étude de la rubéole.* Thèse de Lyon, 1883.

(2) La symptomatologie de la Rötheln moderne, tracée par

M. Delastre dit (p. 27) que MM. d'Espine et Picot n'admettentpas l'existence de la Rötheln. Il est vrai que dans leur manuel (p. 46) ils prétendent que pour eux les rubéoles (Rötheln) ne sont que des scarlatines, ou, ce qui est plus rare, des cas de rougeole plus ou moins modifiés. Mais il ne s'agit là évidemment que de l'ancienne Rötheln des Allemands, car un peu plus loin (p. 47) ils consacrent un chapitre à la roséole, qui y est décrite d'après les travaux de MM. Thomas, Emminghaus, etc. Autrement dit la roséole de ces auteurs est bien la Rötheln moderne des Allemands (1).

M. Raymond (2) a publié une observation de Rubéole, vraie Rötheln des Allemands, en présentant tous les symptômes tels qu'ils sont décrits actuellement ; mais une partie des critiques que nous faisons à l'article de M. Longuet peut aussi s'adresser à M. Raymond ainsi

---

M. Longuet ne s'accorde nullement avec la définition qu'il accepte de la maladie, définition qui est celle de l'ancienne Rötheln. En effet, Niemeyer dont il invoque l'autorité, et qui, comme il le dit, acceptait la définition de Canstatt admettait une roséole scarlatiniforme et une roséole morbilleuse; pour lui la roséole épidémique représentait des formes modifiées par des causes inconnues, de la scarlatine et de la rougeole (*Eléments de path. interne*, t. II, 1869, p 541). Or rien n'est plus contraire aux thérories actuellement régnantes au sujet de la roséole idiopathique ou Rötheln actuelle des Allemands. Cette dernière n'est que la roséole contagieuse des Français et par suite ne constitue nullement une entité nouvelle. Par quelle confusion M. Longuet est-il arrivé à avancer que nos traités classiques gardaient un silence unanime sur la rubéole, quand lui-même reproduit un tableau fidèle de leurs opinions, comme on en peut juger par l'analyse des travaux des quelques auteurs français que nous citons. Loin de nous toutefois la pensée de prétendre que les travaux contemporains étrangers n'aient pas aidé à élucider plusieurs points obscurs de la rubéole, et à la mieux différencier qu'on ne l'avait fait auparavant. Il est à regretter que M. Longuet, dans sa revue d'ailleurs intéressante, ait si souvent confondu les deux Rötheln allemandes. Et cependant les auteurs qu'il cite (note 2, p. 1090), entre autres Thomas, auraient dû lui éviter une pareille confusion.

(1) Quant à la description de la « *Rubéole* » de Baillou, nous croyons qu'il est difficile d'y reconnaître la Rubéole actuelle. Ce serait aussi à tort que M. Thomas aurait classé M. Danis parmi les auteurs ayant admis la Rötheln comme entité morbide.

(2) *Progrès médical*, 16 décembre 1881.

qu'à MM. Talamon et Lécorché, Trastour, qui ont depuis publié des observations de rubéole.

Quant aux observations relatées dans la thèse de M. Delastre et fournies par MM. Laure et Bondet, les unes se rapportent à l'ancienne Rötheln des Allemands (forme mixte) et les autres à la rubéole moderne.

Nous nous sommes quelque peu étendus sur l'historique, voulant ainsi montrer que la roséole des auteurs français est bien la Rötheln actuelle des auteurs allemands. Nos citations le prouvent suffisamment ; le mérite des auteurs étrangers a été de la mieux étudier, d'avoir signalé quelques nouveaux symptômes, et de l'avoir fait accepter facilement, ainsi transformée, par tous les cliniciens. Ces auteurs tiennent du reste compte des travaux français, leur bibliographie en fait foi, et il serait étonnant que, nous français, nous méconnaissions des travaux que d'autres reconnaissent (1).

La *roséole idiopathique* ou *rubéole* a, par les caractères de son éruption, la plus grande ressemblance avec la rougeole. Mais elle ne confère aucune immunité à l'égard de cette maladie ou de toute autre avec laquelle on a parfois voulu la confondre (scarlatine). Elle récidive (2) de plus facilement; aussi n'est-on pas étonné de voir tant de gens déclarer qu'ils ont eu plusieurs fois la rougeole (3).

---

(1) Thomas, *loc. cit.*, p. 144, écrit : « d'après ses observations l'exanthème de la Rötheln ne possède de ressemblance qu'avec celui de la rougeole, il n'a pas la plus petite parenté avec celui de la scarlatine normale. » Cette opinion vraie pour la plupart des cas paraît toutefois souffrir quelques exceptions.

(2) Sur ce point Thomas (*loc. cit.*, p. 144) diffère d'opinion avec nous : « Je n'ai encore observé jusqu'ici une deuxième atteinte de Rötheln chez le même individu, et si on l'observe, elle doit être aussi rare qu'une deuxième atteinte de rougeole. » Mais il cite et nous citerons plus loin d'après lui des auteurs ayant observé des récidives.

(3) Nous avons eu l'occasion de voir dans un servi e d'enfants le chef de service diagnostiquer une rougeole chez un enfant présentant une éruption pseudo-morbilleuse apparue sans prodromes et dont la température était normale. Trois semaines auparavant le même enfant avait eu une rougeole nettement caractérisée.

Cette absence d'immunité de la roséole et de la rougeole vis-à-vis l'une de l'autre est, à elle seule déjà, une raison suffisante pour en faire une maladie à part et pour ne pas la ranger dans le cadre des rougeoles avortées ou anormales.

Dans l'épidémie que nous avons observée à Bicêtre en 1881, Grum... (14 ans) avait, au dire des parents, eu la rougeole à l'âge de 2 ans (?) ; Boissiè... (7 ans) à l'âge de 2 ans et demi, Cantrel (17 ans) à l'âge de 15 mois, Monatte (8 ans) à l'âge de 2 ans, Juven.. (9 ans) à l'âge de 4 mois) (?) (1). S'il reste quelque doute au sujet de ces malades, il n'en persiste aucun pour les suivants dont la *rougeole* a été observée et traitée dans le service. Juven..., a eu la rougeole le 12 janvier 1881, Weiss (Georges) le 13 janvier 1881, c'est-à-dire avant leur roséole (juin 1881) (2) ; au contraire, Mathieu (7 ans) atteint de roséole le 8 juillet 1881 a eu la *rougeole* le 5 mai 1883.

Enfin chez l'enfant Monatte (8 ans) la maladie s'est composée de deux éruptions successives (3). — 18 juin, 1re éruption effacée le 20 juin ; 21 juin, 2e éruption effacée le 22 juin ; celle-ci plus forte que la première.

L'enfant (obs. VIII) soigné par Rayer avait eu, deux ans auparavant, une rougeole bien caractérisée ainsi que ses deux frères qui habitaient le même appartement et qui l'avaient contractée à la même époque. Ces rougeoles avaient été constatées et traitées par Rayer.

Nous définirons la rubéole un exanthème aigu, contagieux, à taches rouges, irrégulières, souvent apyrétique, ou s'accompagnant d'une réaction fébrile modérée, débutant brusquement ou précédé de prodromes très courts ; affection se compliquant assez souvent de ca-

(1) Probablement une roséole ou un érythème ; voir plus loin.

(2) Voir aussi l'observation XIII de Rayer, citée plus bas.

(3) Emminghaus vit une fois une récidive de Rötheln un jour après la disparition d'une première éruption, dans deux autres cas après 14 jours. Chaque fois la première éruption fut plus faible que la seconde. Nymann a vu plusieurs récidives dans la même épidémie, et cela de 18 jours à 9 mois après la première atteinte de la maladie, d'après Thomas (*loc. cit.*, p. 144 et 145).

tarrhe naso-pharyngien et oculaire, mais généralement moins prononcé que dans la rougeole, se différenciant de cette dernière par l'absence de complications pulmonaires, sa courte durée, par sa récidivité, et par l'absence d'immunité qu'elle présente à l'égard de la rougeole.

La *contagiosité* de la rubéole est évidente et n'est plus niée actuellement ; admise par Trousseau, Rilliet, Roger, Damaschino, Balfour, Emminghaus, etc.; l'un de nous a eu l'occasion d'en observer dernièrement un exemple :

Le samedi 29 mars nous sommes appelé avenue des Gobelins, 60, pour donner des soins à une jeune fille de 18 ans atteinte depuis le matin, d'une éruption pseudo-morbilleuse surtout prononcée à la face, au cou et au thorax, éruption apparue sans autre prodrôme qu'une légère céphalalgie la veille ; l'éruption sur les membres présente un caractère papuleux sans caractère précis ; mais le soir et le lendemain matin l'éruption (qui pâlissait déjà à la face le 30 mars) présentait partout le caractère morbilleux. Les yeux étaient très légèrement larmoyants ; pas de céphalalgie, pas d'inappétence ; le pharynx et les amygdales étaient un peu rouges. Le troisième jour la malade était complètement remise.

Le 5 avril, c'est-à-dire huit jours après le début de la roséole chez notre première malade, nous sommes de nouveau invité à nous rendre dans la même famille pour visiter la sœur aînée de notre première malade.

Cette jeune fille âgée de 19 ans était atteinte à son tour sans prodromes aucuns d'une éruption rubéiforme de même aspect que celle de sa sœur, mais l'éruption était presque confluente à la face et au tronc et les symptômes de catarrhe naso-pharyngien et oculaire furent plus prononcés, la durée plus longue (4 jours). Le pouls était légèrement accéléré (84), pas de céphalalgie, pas d'inappétence. Pas de complications laryngées et pulmonaires. Urines normales.

. Dix jours après le début de l'éruption de la sœur aînée, le 14 avril, nous retournons dans la même famille pour visiter la petite sœur de nos précédentes malades. Tandis que les deux sœurs aînées couchaient dans la même chambre, celle-ci avait été isolée autant que cela est possible dans un appartement, c'est-à-dire

que l'on avait empêché qu'elle n'allât dans la chambre de ses sœurs et que celles-ci pendant toute la durée de l'éruption ne sortissent de la leur.

La petite malade, âgée de 4 ans, présentait aussi une éruption pseudo-morbilleuse en tout semblable à celle de ses sœurs, mais ici la maladie avait revêtu son caractère le plus bénin : pas de fièvre, pas de prodrômes, pas d'inappétence, pas d'abattement, pas de symptômes oculaires ou naso-pharyngiens. L'enfant n'a jamais eu la rougeole Guérison en deux jours. Nos trois malades ont accusé du prurit pendant toute la durée de l'éruption.

La famille nous a déclaré n'avoir connaissance d'aucun cas de rougeole ou roséole parmi les personnes qu'elle fréquente. Il n'y avait pas de maladies éruptives dans la maison ; mais nous devons ajouter qu'à cette époque la rougeole régnait avec une certaine intensité dans le XIIIe arrondissement.

Cette observation nous fournit un bel exemple de contagion, et semble aussi prouver que l'incubation ne serait pas toujours aussi longue que l'admettent certains auteurs (1).

L'apparition de la roséole, suivant la plupart des auteurs, est précédée d'une période d'incubation de 14 à 21 jours. Dans les cas que nous avons observés en ville nous n'avons pu en déterminer approximativement la durée que dans la famille dont il a été question tout à l'heure. Si nous apprécions la durée de l'incubation selon la méthode adoptée par Thomas, c'est-à-dire en calculant l'espace de temps, le nombre de jours qui sépare le début de l'exanthème de la personne infectante de celle infectée, méthode qui du reste, selon la remarque très juste de l'auteur, n'est qu'approximative, nous trouvons que pour ces cas la durée de l'incubation n'a été que de 8 à 10 jours.

La rubéole est surtout une maladie de l'enfance ; au delà de 17 ans la maladie serait rare, mais toutefois on

(1) Nous ajouterons encore que pendant l'époque de l'année où nous avons observé ces malades, la température atmosphérique était peu élevée et presque froide.

a publié des cas concernant des personnes âgées ; c'est ainsi que Seitz cite un cas de Rötheln chez une femme de 73 ans. L'âge de nos malades varie depuis 4 ans jusqu'à 22 ans.

L'éruption est en général le premier phénomène observé, mais parfois on note des prodromes très légers et de courte durée : céphalalgie, cuisson des yeux, etc. Cette bénignité des prodromes ressort bien nettement dans l'observation XIII de Rayer (1) qu'il nous semble bon de reproduire.

« L'enfant, âgé de quatre ans, est blond et bien constitué. Le matin, en l'habillant, la bonne avait été étonnée de lui voir le visage couvert de petites taches roses, sans élévation à la peau, isolées, et offrant une teinte à peu près semblable à celle de la rougeole. Lors de ma visite, non seulement ces taches existaient, mais on en distinguait plusieurs autres sur la poitrine ou sur les bras. La teinte de ces dernières était moins animée. Je n'en découvris point sur les autres régions du corps. L'enfant était sans fièvre ; il avait bien dormi la nuit précédente et demandait à se livrer à ses jeux habituels ; cependant la langue était sale à sa base et légèrement piquetée. L'appétit était diminué depuis quelques jours et les garde-robes étaient rares ; la pression ne provoquait pas de douleur à l'épigastre ni dans aucune autre région de l'abdomen ; la gorge n'était pas enflammée, il n'y avait ni toux, ni larmoiement..... Le lendemain 20 juin, l'état de l'enfant ne présentait pas de changement notable ; le 21 juin l'exanthème était déjà pâle ; l'enfant fit une petite promenade de deux heures. Le surlendemain il n'existait plus de traces de ce léger exanthème. »

La plupart de nos malades de Bicêtre n'ont eu ou n'ont pu accuser de prodromes ; Boissière seul est noté comme ayant été grognon la veille. En ville, une de nos malades nous dit avoir eu mal à la tête la veille, mais le soir elle était assez bien pour aller suivre les cours du soir à la mairie. L'éruption est généralement constatée au réveil. Dans les quatre cas que nous avons pu observer en ville, elle était déjà presque généralisée, abondante surtout à la face, au cou et au tronc, ne présentant encore le caractère pseudo-morbilleux qu'à la face et au cou, sur les autres parties du corps elle se présentait

(1) Rayer. — *Loc. cit.*, t. I, p. 53.

plutôt sous la forme papuleuse, forme du reste très transitoire, car, en quelques heures, elle faisait place aux macules pseudo-morbilleuses ; en général, l'éruption a atteint son summum d'intensité en 24 heures. Elle se développe de la tête vers les extrémités.

La forme de l'éruption semble assez variable (1) si l'on en croit les auteurs. Chez nos malades, elle était d'ordinaire franchement morbilleuse, mais chez quelques-uns des enfants de Bicêtre, on a noté parfois une ressemblance avec l'éruption de la scarlatine. La durée en est très courte et il est rare qu'elle n'ait complètement disparu dès le troisième ou quatrième jour (voir notre tableau). Elle commence à pâlir parfois dès le second jour et même avant. Nous n'avons observé de desquamation d'aucune sorte. Quand celle-ci existe, elle serait furfuracée, mais jamais lamelleuse comme dans la scarlatine.

L'état général est le plus souvent satisfaisant. Nos malades de la ville avaient conservé leur entrain, leur appétit, etc. Ceux de Bicêtre ont, en petit nombre, paru abattus, anorexiques.

Les symptômes de catarrhe naso-pharyngien et oculaire, présents chez quelques-uns de nos malades, ont fait complètement défaut chez les autres. Ils ont été très prononcés (larmoiement, hypérémie très forte des conjontives, rougeur du pharynx (2) avec difficulté d'avaler) chez M. R..., interne en pharmacie du service, mais ces symptômes diminuaient en même temps que l'érupruption et ne lui survivaient pas.

La langue était généralement sale; jamais elle ne présentait de desquamation. — M. Thomas signale la toux et l'éternuement qui existeraient parfois au début

(1) Thomas a cherché à établir les caractères qui distinguent l'éruption rubéolique de l'éruption de la rougeole ; ces caractères différentiels sont difficiles à observer, et quant à nous n'avions pas jusqu'ici essayé de les rechercher.

(2) Selon Thomas on observerait toujours une rougeur partielle de la muqueuse du palais.

de la maladie; la toux et un léger enrouement peuvent persister pendant toute la durée de la maladie.

L'enfant de 4 ans que l'un de nous a soigné en ville

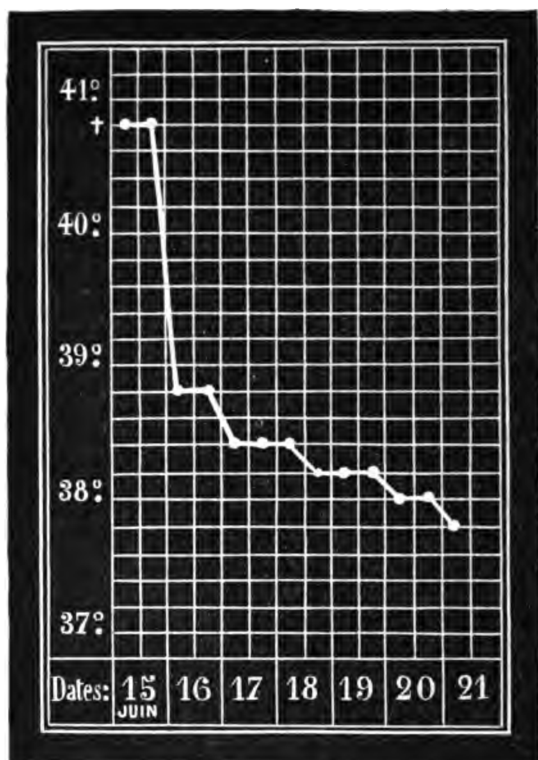


Fig. 1. — Juv... — + Eruption.

et qui tenait la maladie de ses sœurs, eut une roséole tellement bénigne sous tous les rapports, que c'est à peine si nous crûmes devoir changer quelque chose à son régime ordinaire. Elle était gaie, voulait se lever et manger, etc.

Le *pouls*, le premier jour de l'éruption, est un peu plus élevé que normalement; dans nos cas en ville nous

avons noté de 80 à 84 pulsations. — La *température*



Fig. 2. — Mon... + Eruption. ++ Fin de l'éruption. +++ Nouvelle éruption ++++ Fin de la seconde éruption.

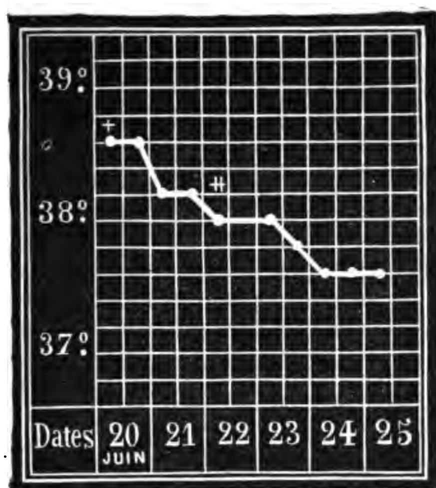


Fig. 3. — Gir... + Eruption. ++ Fin de l'éruption.

est parfois normale, d'autres fois elle est assez élevée, mais, dans la règle, l'élévation est modérée et le thermomètre oscille entre 38° et 38°,5 (voir le tableau) (1).

Les tracés (*Fig.* 1, 2, 3, 4), que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs montrent que dans trois cas le maximum de la température est resté au-dessous de 39° et qu'une seule fois (*Fig.* 1), la température s'est élevée à 40°,8. Presque toujours ce *maximum* se produit dès le début. Chez un de nos malades, une nouvelle éruption étant survenue, la température s'est élevée, du soir au lendemain matin, de 38° à 38°,6 (*Fig.* 2). L'*élévation thermométrique* est tout à fait *transitoire*. La *défervescence* suit immédiatement et est régulière. (*Fig.* 3 et 4).

Deux de nos malades, comme nous l'avons déjà dit, ayant eu la rougeole en 1881, nous avons jugé bon de reproduire les tracés de leur température. De cette comparaison il résulte que, dans la rougeole, le *maximum* de la température est atteint en plusieurs jours, qu'il y a des oscillations (*Fig.* 5), qu'elle se maintient sur deux ou trois jours, à un chiffre assez élevé, que la défervescence est plus lente (*Fig.* 5), et qu'elle se fait parfois en offrant des oscillations assez étendues (*Fig.* 6).

Nous avons encore noté chez plusieurs de nos malades l'existence d'un *prurit* assez prononcé et persistant pendant toute la durée de l'éruption.

Plusieurs auteurs (Thierfelder, Mettenheimer, etc.) ont signalé l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou et de la nuque; selon Thierfelder, l'engorgement des « ganglions lymphatiques subauriculaires et jugulaires » serait le seul prodrome constant. On pouvait même encore les retrouver jusqu'à la troisième semaine après le début de la maladie.

---

(1) Voir les nombreux tracés de rougeole publiés dans le *Progrès médical*, 1882, et le *Compte rendu* de 1881. Nous rappelons qu'il s'agit ici de températures rectales.

Nymann a observé 19 fois sur 119 cas un frisson initial, une fois deux jours, ordinairement un jour avant l'apparition de l'exanthème. Jamais ce frisson n'aurait eu d'influence sur la force et la durée de la fièvre et de l'éruption.

Diagnostic. — Il est facile de faire le diagnostic d'une

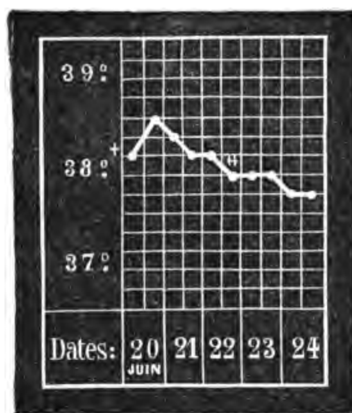


Fig. 4. — Weis. G. + Eruption. ++ Fin de l'éruption.

roséole apyrétique avec la rougeole ; mais, lorsque la roséole est accompagnée de fièvre et de catarrhes naso-pharyngien et oculaire, le diagnostic ne peut être établi qu'en tenant compte d'une rougeole antérieure, de l'absence de prodromes ou de leur fugacité, et de leur peu d'intensité, de la marche de l'éruption qui disparait rapidement, de l'absence de complications laryngées et pulmonaires, etc.

Le diagnostic avec les *roséoles symptomatiques* n'offre pas de difficulté sérieuse. Il en est de même de certains érythèmes dont le siège et la marche sont tout à fait différents. Le diagnostic avec la scarlatine n'a pas lieu d'être fait, et nous sommes étonnés qu'on ait pu

confondre la roséole avec cette affection. Il n'y aurait lieu de s'y arrêter que dans les cas où les deux maladies

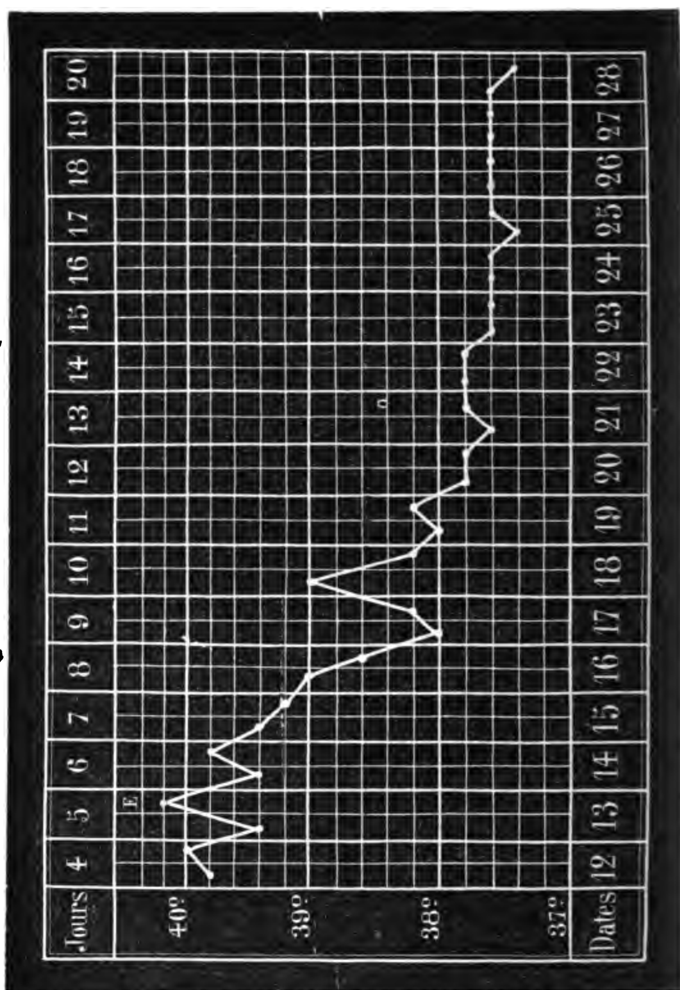


Fig. 5. — Juven. — Rougeole.

existeraient simultanément (?). Le diagnostic ne saurait

être, du reste, établi exclusivement sur la forme de l'éruption.

Les *roséoles estivales*, etc., des anciens auteurs, doivent être rangées pour la plupart dans le cadre de la roséole idiopathique ou rentrer dans les érythèmes saisonniers, sudoraux et autres.

Dans la rougeole on a décrit, depuis Hallier, des micrococcus, mais nous ne savons si dans la roséole il en a été trouvé ; ils n'auraient, en tous cas, de valeur au point de vue du diagnostic que si on pouvait les différencier les uns des autres.

En résumé, nous croyons qu'il y aurait tout avantage à rayer de la terminologie médicale les mots roséole (en tant qu'affection idiopathique) et Rötheln (jadis employé en Allemagne pour désigner une forme bâtarde de rougeole et scarlatine, mais qui, actuellement, est synonyme de roséole), pour adopter le nom de *rubéole* qui évite toute confusion et serait à la rougeole ce que la varicelle est à la variole.

Le *pronostic* de la maladie est bénin, puisque la rubéole ne donne jamais lieu à des complications. Tous les cas graves cités par les auteurs doivent être rattachés à des rougeoles anomales ou méconnues.

Quant au *traitement*, il est purement expectant. Le séjour à la chambre, le repos au lit, une diète légère, telles sont les précautions qu'il convient de prendre.

NOMS.	AGES.	MALADIES ÉRUPTIVES ANTÉRIEURES.	MARCHE DE LA MALADIE.	CARACTÈRES DE L'ÉRUPTION.	SYMPTOMES CONCOMITANTS
Grenu . . . . . Idiotie complète ; mérycisme.	14 ans.	Rougeole (?).	12 juin soir (1). 15 juin. Disparition de la presque totalité de l'éruption (elle persiste aux membres infér. 17 juin. Plus de traces d'éruption ; l'anorexie persiste.	Eruption pointillée, généralisée, abondante au thorax. Rien au visage (2).	Vomissement, abattement, inappétence, éternuement fré quent, langue blanche saburrale. Ni angine, ni toux.
Jan .. Auguste. Idiotie ; microcéphalie.	12 ans	—	13 juin. T. R. 39°. S. 40°,4. 14 juin. T. R. 39°,8. S. 39°. 15 juin. T. R. 39°. S. 39°,2. Eruption localisée au pourtour du genou, à la face antérieure des cuisses et aux fesses. 16 juin. T. R. 38°,2. S. 38°,2. 17 juin. T. R. 38°. Toute éruption a disparu.	Erupt. pointillée sous forme de petites macules rose-clair, non surélevées, généralisée et abondante, surtout au dos.	Sensation de douleur de cuisson dans les yeux. Bouffissures. Pas d'angine, etc.
Boiss., Edouard. Idiotie ; balancement ; épilepsie.	7 ans.	—	13 juin. T. R. 38°,4. S. 39°,8. 14 juin. T. R. 39°,6. L'éruption persiste sur les membres.	Erupt. macul., rose-clair, formant un ensemble pointillé peu foncé, non-sur., gén.	Grognon la veille de l'érup.; Bouf. de la face, Toux intermitt.; Epistaxis le 14 juin.
Naud., Pierre . Idiotie congénitale; épilepsie (5 ans)	9 ans.	Rougeole à 2 ans 1/2.	13 juin. T. R. 39°. S. 40°. 14 juin. 40°. De pâle et rosée, l'éruption devient écarlate dans les parties où elle n'a pas disparu (fesses et racine des cuisses).	Erup. confl. et génér., macul., point. (d'aspect scarlatiniforme (?) sauf la roug. qui est moins intense).	Pas d'angine. L'enfant reste gai et a conservé l'appétit.

Perri., Joseph. Imbécillité.	12 ans.	Pas de renseignements.	14 juin. T. R. 38°,8. S. 39°. 15 juin. T. R. 39°,2. S. 38°,8. L'éruption pâlit. 16 juin. T. R. 39°,2. S. 39°,2 17 juin. T. R. 38°,6. S. 38°,6. Toute trace d'éruption a disparu. 18 juin. T. R. 38°,4. S. 38°,4	Eruption d'apparence scarlatiniforme à maximum d'intensité à la face; discrète au tronc et aux membres. Peau lisse, rouge, pointillée.	Anorexie complète. Pas de toux, etc.
Cantre., Henri. Epilepsie idiopathique; convulsions; début des accès à 19 mois; idiotie; gâtisme.	17 ans.	Rougeole à 15 mois.	14 juin. T. R. 39°,8. S. 40°,4. 15 juin. T. R. 39°,8. S. 39°,6. La totalité de la peau du dos est rouge framboisée. La press. du doigt laisse une tache blanche. 16 juin. T. R. 39°. S. 39°. 17 juin. T. R. 38°,8. S. 38°,8. Toute éruption a disparu. 18 juin. T. R. 38°,6. S. 38°,4. 19 juin. T. R. 38°. S. 38°.	Eruption confluente à la face et au tronc, discrète aux membres. Dans le dos, l'aspect est scarlatiniforme, grenu, rouge écarlate. Le visage est couvert d'une rougeur en plaque.	Pas d'état général.
Horni., Constant Idiotie.	13 ans.	—	14 juin. T. R. 39°. S. 39°,4. 15 juin. T. R. 39°,4. S. 39°,4. 16 juin. T. R. 39°,6. S. 39°. 17 juin. T. R. 38°,8. S. 38°,8. L'éruption a totalement disparu. 18 juin. T. R. 38°,6. S. 38°,2.	Eruption de la face, du tronc et des membres, rouge assez pâle, rappelant plutôt la rougeole que la scarlatine.	Larmoiement. Eternuement fréquent. Anorexie persistante.
Juven. . . . . . Epilepsie; idiotie; mérycisme.	9 ans.	Roug. à 4 m. (?) et le 12 janvier 1881 dans le service.	15 juin. T. R. 40°,8. S. 40°,8. 16 juin. T. R. 38°,8. S. 38°,8. 17 juin. T. R. 38°,4. S. 38°,4. 18 juin. T. R. 38°,4. S. 38°,2.	Pas de détails.	Pas de complication.

(1) La premiere date indique le début de l'eruption.
(2) Il est probable que l'éruption était déjà effacée.

NOMS.	AGES.	MALADIES ÉRUPTIVES ANTÉRIEURES.	MARCHE DE LA MALADIE.	CARACTÈRES DE L'ÉRUPTION.	SYMPTOMES CONCOMITANTS.
Monait., Réné. . Idiotie ; gâtisme ; épilepsie.	8 ans.	Rougeole à 2 ans.	18 juin. T. R. 38°,4. S. 38°,4. 19 juin. T. R. 38°,2. S. 38°,2. 20 juin. T. R. 38°. S. 38°,2. L'éruption pâlit ; elle a disparu du tronc et de la face. 21 juin. T. R. 38°. S. 38°,6. L'éruption, qui avait presque disparu, reparait avec une nouvelle intensité aux endroits où elle s'était d'abord montrée. 22 juin. T. R. 38°,2. S. 38°. L'éruption a de nouveau disparu; elle persiste encore sur les bras. 23 juin. T. R. 38°. S. 37°,6.	Eruption assez confluente et généralisée.	Anorexie. Léger enchifrènement.
Weis., Georges. Idiotie; balancement.	9 ans.	Rougeole le 13 janv. 1881 dans le service.	20 juin. T. R. 38°,2. S. 38°,6. 21 juin. T. R. 38°,4. S. 38°,2. 22 juin. T. R. 38°,2. S. 38°. L'éruption a presque disparu ; elle reste localisée aux jambes et au niveau de la région inguino-crurale.	Eruption généralisée, confluente par place, discrète en d'autres.	Léger coryza et larmoiement.
Girou., Charles. Idiotie.	11 ans.	—	20 juin. T. R. 38°,6. S. 38°,6. 21 juin. T. R. 38°,2. S. 38°,2. L'éruption est un peu moins marquée. 22 juin. T. R. 38°. R. 38°. L'éruption a complètement disparu. Bon appétit.	Eruption pseudo-morbilleuse, abondante au tronc et à la racine des cuisses ; discrète à la face et au bras.	Anorexie. Enchifrènement. Léger abattement.

Mathi.., Eugène. Epilepsie symptomatique.	7 ans.	Rougeole le 5 mai 1883 dans le service.	8 juillet. Eruption maculeuse sur la figure, les bras, la poitrine.		Ni larmoiement, ni coryza. Toux légère.
Gal.., Alice...	18 ans.	Rougeole à 7 ans.	29 mars 1884. Eruption maculeuse à la face, au cou, au thorax, papuleuse aux membres. 30 mars. L'éruption a pris partout le caractère maculeux; elle pâlit à la face. 31 mars. Disparition complète de l'éruption.	Eruption pseudo-morbilleuse accompagnée de prurit.	Céphalalgie le 28 mars. Pas de céphalalgie après l'érupt. Très léger larmoiement. Légère rougeur du pharynx. — Appétit conservé.
Gal..., Amélie.	19 ans.	Rougeole à 8 ans. Scarlatine.	5 avril. Eruption de même forme et de même nature que la précédente mais très confluente. 9 avril. Disparition de l'éruption.	Idem.	Pas de prodromes; ni céphalalgie, ni inappétence. — Catarrhe naso-pharyngien assez prononcé.
Gal..., M.-Louise	4 ans.	—	14 avril 1884. Eruption présentant les mêmes caractères que les précédentes mais très discrète. 15 avril. Disparition de l'éruption.	Idem.	Pas de prodromes Pas d'abattement; aucun signe de catarrhe naso-pharyngien; appétit conservé.
Rouf.	22 ans.	—	25 avril 1884. Eruption maculeuse à la face et au cou, papuleuse sur les membres et le thorax P. 88. 23 avril. Eruption muculeuse du tronc et des membres. 29 av. Disparition de l'éruption.	Idem.	Insomnie la nuit du 24 au 25 avril. Larmoiement très prononcé. Angine. Diminution du larmoiement et de l'angine le 26 avr. Appétit conservé.

(1) Vers la même époque nous avons observé un autre cas de rubéole, mais l'affection nous a paru si bénigne que nous n'avons visité l'enfant (7 ans) qu'une seule fois. Nous avons depuis été voir la mère, elle nous a dit que la maladie avait évolué sans autre symptôme que l'éruption qui toutefois aurait eu une durée assez longue.

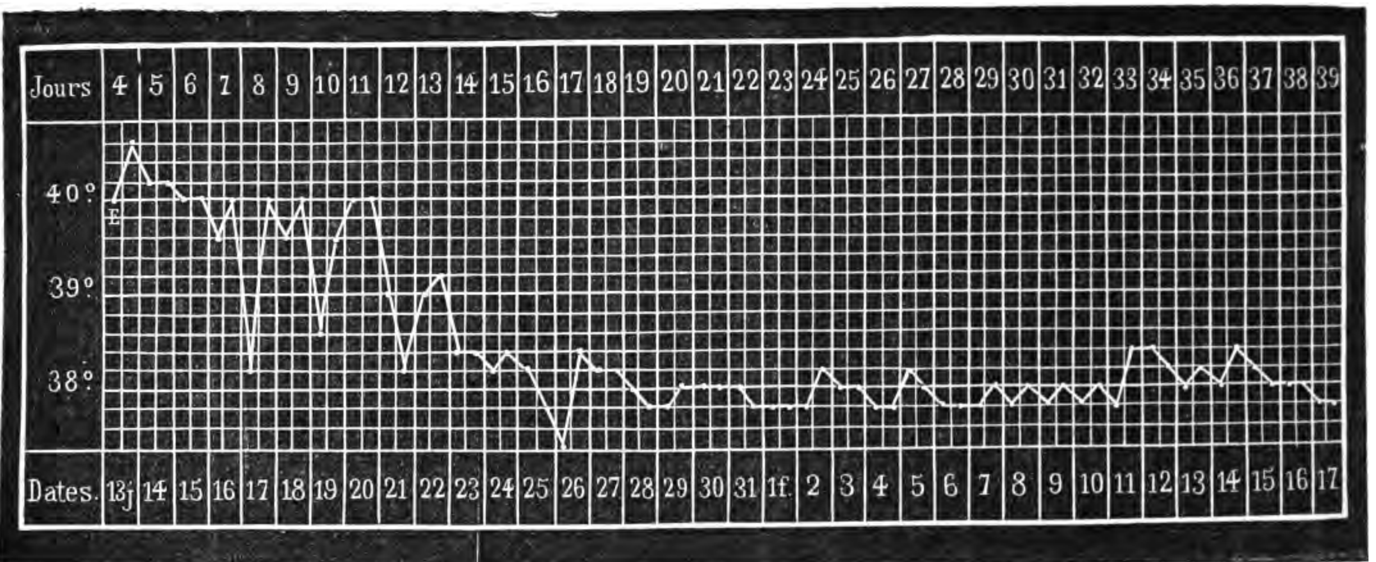


Fig.. 6. — W.... — Rougeole. — **E**, début de l'éruption. — La comparaison de ce tracé et de celui qui est représenté *fig.* 5, avec les tracés *fig.* 1, 2, 3 et 4, permettent de se rendre bien compte de la différence de la marche de la température dans les deux maladies: *rubéole* et *rougeole*.

V.

Épilepsie tardive. — Amélioration progressive. — Hémorrhagie cérébrale; marche de la température ; mort ;

Par Bourneville et Dubarry, interne du service.

L'observation suivante est intéressante au point de vue de la marche de l'épilepsie et au point de vue de l'hémorrhagie cérébrale qui a enlevé le malade.

Sommaire. — *Émotion vive à 48 ans: Premier accès huit jours plus tard. — Surdité consécutive. — Marche des accès* (1877-1883). — *Amélioration progressive. — Disparition des accès. — Attaque d'apoplexie: Hémorrhagie cérébrale. — Symptômes. — Abaissement initial de la température* (36°,2) ; *élévation consécutive* (39°,2). — *Autopsie : Foyer hémorrhagique partant du noyau extra-ventriculaire du corps strié, ayant détruit toute la partie centrale du centre oval ; ruptures multiples.*

Rent..., Constant, né le 24 décembre 1813, chaudronnier, est entré le 9 juin 1877 à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Renseignements fournis par sa femme (6 juin 1881). — *Père* et *mère*, pas de détails. Le malade a eu plusieurs *frères*; le seul que l'on ait connu est mort, vers l'âge de 40 ans, « d'étisie : il avait eu beaucoup de chagrin d'avoir perdu sa femme et ses enfants. »

Notre malade. — Il a eu, de sa première femme, un fils qui est aujourd'hui âgé d'une trentaine d'années ; c'est un bon ouvrier, père de cinq ou six enfants bien conformés et en bonne santé. R... s'est remarié, après 5 ou 6 ans de veuvage, avec la femme qui nous fournit ces renseignements. A cette époque, il était employé de chemin de fer à Lille,

travaillait le *cuivre* et était âgé de 46 ans. Il n'avait pas encore eu d'accès d'épilepsie. Il faisait de *rares excès de boisson* (vin ou bière); il *fumait* ou *chiquait* 600 grammes de tabac par quinzaine. Quelque temps avant la guerre, il fut atteint d'une *gastrite* : il eut des vomissements fréquents, suivis d'un impérieux besoin de manger.

Un an ou deux après son mariage, alors qu'il était employé dans l'usine Cail, à Grenelle, il fut témoin d'un accident qui l'impressionna vivement : un homme avait eu, devant ses yeux, le bras arraché par une courroie. Son *premier accès* aurait débuté une semaine après, au milieu de la nuit. Cependant, sa femme (du reste peu intelligente), interrogée pour la seconde fois en 1882 prétendit que le premier accès avait débuté quelque temps avant la guerre, c'est-à-dire vers l'âge de 56 à 57 ans. Ce premier accès fut suivi de *surdité*, sans qu'il y ait jamais eu la moindre affection visible de l'oreille.

Pendant les cinq ou six premières années, il n'y a eu qu'un accès par an, puis ils se sont rapprochés de plus en plus et, enfin, sont devenus presque quotidiens.

Accès. — Jamais d'aura. Cri étouffé, modulé, puis chute brusque tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt sur les côtés; contusions fréquentes du crâne ou de la face, secousses égales, stertor, écume, morsure de la langue. L'accès est suivi de sommeil pendant une à deux heures. Le malade reste ensuite hébété durant le reste de la journée. La nuit suivante et le lendemain, il est sujet à des *étourdissements*.

Pas de folie, pas de kleptomanie, pas d'idées de suicide ni d'homicide. Quelque temps avant la guerre, il fut pris d'un accès et tomba sur des barres de fer rougies; la guérison de ses *brûlures* ne fut complète que trois mois après. Pendant la durée du traitement, il n'eut pas de fièvre et les accès d'épilepsie revinrent comme d'habitude.

Etat actuel. — Un peu d'asymétrie du crâne; le côté gauche de la voûte est plus accusé que le droit.

Circonférence horizontale	59 cent.
D. bi-auriculaire.	14 — 1)2.
D. occipito-frontal	20 —

La bosse frontale gauche est plus saillante que la droite; le front, plus élevé du côté droit, est légèrement déprimé dans le sens transversal. Les arcades sourcilières sont assez saillantes. En arrière du frontal, on observe une dé-

pression notable, les pariétaux sont sur un plan inférieur. — *Yeux* assez enfoncés dans les orbites. Iris bleus, pas de lésions oculaires. — *Nez* aquilin à base très large. — Les *dents* sont absentes; la voûte palatine est peu profonde.

Homme bien constitué (tronc et membres), vigoureusement musclé. — La force musculaire est conservée. Hernie inguinale gauche.

Organes génitaux. — Pénil garni de poils abondants, châtains; gland découvert, testicules normaux.

Peau, système pileux.— Pas de lésions cutanées ; front chauve, de même que le sommet du crâne; cheveux longs, châtain clair, au niveau de l'occiput. Moustaches blondes, grisonnantes.

Organes des sens. — Surdité très prononcée. — *Vue* encore bonne. — L'*odorat* est très amoindri, car le malade ne distingue pas l'odeur de l'essence de menthe de celle de la valériane. Cependant, il perçoit encore l'action de l'ammoniaque. — La sensation du *goût* paraît retardée, et c'est seulement au bout de quelques minutes qu'il perçoit la saveur amère de la coloquinte ou du sulfate de quinine.

MOIS	1877		1878		1879		1880		1881		1882		1883		1884	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier. . . .	—	—	3	»	2	»	3	»	2	»	1	»	1	»	»	»
Février. . . .	—	—	2	»	2	»	»	»	1	»	2	»	2	»	»	»
Mars	—	—	1	»	3	»	4	»	2	»	»	»	3	»	»	»
Avril	—	—	4	»	2	»	3	»	1	»	1	»	»	»	»	»
Mai.	—	—	1	»	2	»	3	»	3	»	»	»	»	»	»	»
Juin	3	»	»	»	4	»	1	»	3	»	»	»	1	»	»	»
Juillet	1	»	7	»	2	»	3	»	»	»	7	»	4	»	»	»
Août	»	»	2	»	3	»	2	»	1	»	2	»	»	»	»	»
Septembre . .	4	»	1	»	3	»	1	»	2	»	1	»	1	»	»	»
Octobre . . .	2	»	2	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Novembre . .	2	»	1	»	3	»	2	»	1	»	»	»	1	»	»	»
Décembre . .	2	»	3	»	»	»	2	»	3	»	1	»	»	»	»	»
TOTAUX . . .	14	»	27	»	26	»	25	»	20	»	15	»	13	»	»	»

1877-1879. — Ce malade est tranquille et travaille régulièrement au jardinage.

1880-1883. — Il a conservé son intelligence et sa mémoire; le caractère est calme et la tenue bonne. — En résumé, pas de déchéance intellectuelle, pas plus que de troubles de l'intelligence à la suite des accès, qui deviennent de plus en plus rares.

Le *tableau des accès* qui précède indique l'amélioration progressive de l'épilepsie chez notre malade, depuis le jour de son entrée jusqu'à sa mort (1).

1884. Le 2 *novembre*, vers 3 heures de l'après-midi, le malade étant au parloir avec sa femme, tombe, en mangeant, frappé d'*apoplexie*. On le monte aussitôt à l'infirmerie où nous le voyons une demi-heure environ après l'accident. Les traits ne sont nullement déviés, les pupilles rétrécies, mais égales, sont insensibles à la lumière; les membres soulevés retombent inertes.

Le *pouls* est petit, serré, irrégulier, on compte 60 pulsations par minute. — La *respiration*, à 36, n'est point stertoreuse mais s'accompagne d'un râle laryngo-trachéal très intense, qui masque les bruits du cœur et du poumon et rend impossible l'auscultation de ces organes. — A 4 h. 1/2, les membres sont encore dans la résolution, cependant les avant-bras, demi-fléchis, nécessitent quelque effort pour être ramenés dans l'extension. Au bout de quelques instants, le bras droit s'élève automatiquement; on le replace sur le lit mais il ne tarde pas à s'élever de nouveau.

Les sterno-mastoïdiens se contractent à chaque mouvement inspiratoire, le diaphragme n'est point paralysé.

Mictions involontaires fréquentes (4 depuis une demi-heure). Urine claire, abondante, expulsée avec force, elle contient des flots d'*albumine* et une petite quantité de *sucre*. — La déglutition se fait lentement. Pas de réaction à la piqûre ni au pincement. — Abolition complète de l'intelligence; coma.

3 *novembre*. Le pouls est petit, à 84; la respiration est régulière, à 48.

Pommettes jaunâtres, nez légèrement cyanosé. Paupières closes; conjonctive légèrement injectée, yeux et face déviés à droite. La pupille droite est plus contractile que

(1) Comme il n'avait pas d'accès depuis un an, nous avions demandé son passage dans l'une des divisions de l'hospice.

la gauche ; elles sont du reste égales. — Narines pulvérulentes, la droite est légèrement relevée. — Bouche entr'ouverte, tirée à droite,écume assez abondante, à moitié desséchée sur la lèvre inférieure.— Raideur assez prononcée de la nuque.

Membre supérieur droit. Doigts fléchis, avant-bras en demi-flexion L'articulation du poignet est flasque, celles des doigts, du coude et de l'épaule présentent un certain degré de raideur. Les doigts sont le siège de quelques mouvements spontanés très légers. Ecchymose sur la face dorsale du deuxième métacarpien.

Membre inférieur droit. Extension complète; réflexes rotulien et plantaire conservés. Rougeur prononcée de la face dorsale du pied et surtout des téguments qui recouvrent la rotule.

Membre supérieur gauche. — Demi-flexion des doigts et de l'avant-bras. Rigidité du coude et de l'épaule *beaucoup plus marquée* que du côté droit. Ecchymose noire sur la face dorsale des 3ᵉ et 4ᵉ métacarpiens.

Membre inférieur gauche. Raideur très marquée de la hanche et du genou. Le chatouillement *prolongé* de la plante du pied provoque quelques mouvements réflexes, mais ils sont *notablement* plus faibles que du côté droit.

Le réflexe tendineux aussi est beaucoup *moins* prononcé et s'épuise très vite. — Plaques violacées sur le genou et la face dorsale du pied. Vergetures sur la face interne des cuisses, surtout la gauche. Le peau présente une teinte légèrement plombée. Des deux côtés les membres supérieurs soulevés ne retombent pas tout à fait inertes, ils s'arrêtent un instant et se maintiennent avant d'arriver sur le lit; la tonicité musculaire est mieux conservée à droite qu'à gauche. On observe des deux côtés des mouvements des doigts étendus, mouvements plutôt convulsifs que volontaires.

Les deux membres inférieurs demi-fléchis conservent cette position mais durant un temps inégal : peu à peu le gauche s'allonge tandis que le droit se maintient longtemps. Quelques mouvements vermiculaires dans les muscles des mollets. La langue est un peu poisseuse. Pas de vomissements, pas de selles. Le râle laryngo-trachéal empêche l'auscultation.

Traitement. Sinapismes, eau-de-vie allemande 35 gr.— A 11 heures du matin la déglutition devient de plus en

plus difficile, à 11 heures et demie la dysphagie est complète. La dyspnée augmente et le malade s'éteint à 2 heures de l'après-midi.

La *température* a été prise, pour la première fois, une heure et demie après l'ictus apoplectique, elle était à 37°, et, à partir de là, d'heure en heure jusqu'à la mort (*fig.* 7).

Poids :	1879. Octobre	. . . .	68 kil. 700
—	1881. Juillet	. . . .	71 kil. 300
—	1882. Juin	. . . .	71 kil. 500
—	1883. Janvier	. . . .	67 kil. 500
—	1884. Janvier	. . . .	64 kil. 280
—	Après décès	. . . .	59 kil. 100

AUTOPSIE le 5 novembre à 10 heures du matin. — Rigidité du cou. *Membres supérieurs*: Rigidité très forte de l'épaule que l'on ne peut étendre, du coude, du poignet et des doigts qui sont dans la demi-flexion. — *Membres inférieurs* : Rigidité très prononcée des hanches, des genoux, des pieds. En un mot, il n'existe pas de différence appréciable entre les deux côtés.

Tête. Le *cuir chevelu* est très vascularisé. La *voûte crânienne*, débarrassée des méninges et du péricrâne, pèse 565 gr., elle est très épaisse, le tissu osseux est dense (1). — La *base du crâne* est régulière et symétrique. A l'ouverture du crâne il s'écoule 110 gr. de sang liquide.

Sur la *face interne du crâne*, toutes les *sutures* sont soudées; — sur la *face externe*, soudure complète des sutures temporales, presque complète de la bi-pariétale surtout en arrière, persistance des autres sutures, et entre autres de la bi-frontale.

La *dure-mère* présente des adhérences très résistantes avec le tissu osseux. La face inférieure de l'encéphale est inondée de sang, qui baigne le bulbe, la protubérance, et empêche de sectionner convenablement la moelle. La face inférieure des lobes frontaux, les lobes temporaux, le chiasma des nerfs optiques, l'hémisphère cérébelleux droit présentent une coloration rouge, et du sang noir y est épanché entre la substance cérébrale et la pie-mère. — Le *lobe frontal droit* est tremblotant, et on sent qu'il

(1) *Epaisseur :* Frontal à 1 centimètre de la ligne médiane : 6 mill. ; — à un centim. en avant du temporal : 7 mill. 1/2 ; — occipital : au niveau de la protubérance : 2 centim. ; à 3 centim. de la ligne médiane : 8 millim.

est le siège d'un épanchement hémorrhagique. — Le corps calleux est déchiré en partie, malgré toutes les précautions que l'on a prises pour enlever l'encéphale. La face interne des deux lobes frontaux est complètement *ecchymotique* et présente des adhérences nombreuses. Des deux côtés, mais surtout à droite, il y a du sang épanché sur le trajet de l'artère sylvienne.

Encéphale : 1430 gr. — *Cervelet* et *isthme* : 170 gr. — En séparant les deux hémisphères, on constate la présence d'une certaine quantité de sang épanché dans les ventricules latéraux.

Hémisphère droit. — Il existe une première *rupture* du lobe frontal au niveau de la circonvolution qui longe le nerf olfactif (*gyrus rectus*), il en existe une deuxième dans l'espace interpédonculaire entre les tubercules mamillaires, aussi le chiasma est-il en quelque sorte disséqué. On remarque en avant de la tête du corps strié une *perforation* qui fait communiquer le ventricule avec le foyer du lobe frontal.

Face convexe. La *première circonvolution frontale*, F^1, est volumineuse et envoie un prolongement à la partie moyenne de la seconde ; elle se fixe sur la frontale ascendante par deux insertions de niveau entre lesquelles existe un sillon. La deuxième circonvolution frontale, sinueuse, bien développée, reçoit de la troisième un pli de passage et s'insère sur le milieu de la frontale ascendante. La *troisième frontale* est sinueuse, composée de plis transversaux dont le dernier vient, pour ainsi dire, s'accoler sur l'extrémité inférieure de la *frontale ascendante.* Celle-ci, très large, présente à sa partie supérieure un sillon transversal très marqué. Le *sillon* de *Rolando* est sinueux et profond. — La pariétale ascendante est également sinueuse, mais moins large que FA et reçoit un pli de passage de P^1 et de P^2. — P^1 volumineux, envoie un pli de passage recourbé à PA ; un deuxième qui va s'emboîter dans P^2, enfin un troisième à LO, de plus il reçoit un pli de PC. — Un sillon large et profond sépare P^1 de LO. — P^2 très plissée, assez volumineuse, envoie un pli de passage assez volumineux à PA. — LO, assez volumineux, présente des sillons superficiels. — T^1 sinueuse dans sa partie moyenne envoie un pli de passage à LI au fond de la scissure de Sylvius. — La scissure parallèle est très sinueuse et, à l'origine de sa partie ascendante, elle est obstruée par un pli de passage que T^1 envoie à T^2. Le *lobule de l'insula*, LI,

est étalé en raison du foyer hémorrhagique sous-jacent et possède trois digitations bifurquées.

Face interne. F^1, volumineuse, est composée de parties séparées par des sillons transversaux. Dans sa portion horizontale, le 1er sillon est complètement ouvert et communique avec un foyer qui a détruit toute la substance blanche du lobe frontal, et s'est ouvert dans le ventricule latéral ; il s'est prolongé dans le centre ovale, en disséquant la face externe du corps strié et de la couche optique. Il a touché la tête du corps strié et séparé le chiasma. La circonvolution du corps calleux, CCCa, présente un sillon superficiel et envoie un pli de passage au *lobule paracentral*, LP, qui est volumineux, irrégulier, très plissé, et envoie un pli de passage sinueux à LQ. Le pli de passage qui de CCCa se porte à LP interrompt le sillon calloso-marginal. Le *lobe carré*, LQ, est volumineux et interrompu par des sillons très profonds.— La scissure perpendiculaire est très marquée. LC,assez développé, envoie un pli de passage au *lobe occipital*, LO,qui est petit, et dont les circonvolutions sont peu distinctes. CH est volumineux et lisse. La *corne d'Ammon*, CA, ne présente rien de particulier. T^4 est nettement séparée de CH mais confondue en arrière avec T^3. — Le corps calleux est normalement conformé.

Hémisphère gauche. La décortication en est facile, le ventricule latéral renferme du sang liquide et dans la scissure de Sylvius on trouve des caillots noirs.

Face convexe. F^1 bien développée, très longue, envoie deux plis de passage qui s'emboîtent dans F^2. — F^2 se fixe par deux insertions de niveau sur FA. — FA assez développée présente un sillon transversal près de sa partie supérieure. — PA plus large que FA envoie à sa partie inférieure un prolongement à P^2 et en reçoit un de P^1 à sa partie moyenne. — P^2 bien développée reçoit de PC un pli de passage. — P^1 très sinueuse envoie un prolongement à PC et à LO.

On remarque au fond de la scissure de Sylvius un gros prolongement qui vient de la partie moyenne de T^1. — La scissure parallèle est profonde et le pli courbe bien distinct. — T^2 envoie deux plis de passage à T^1. — LI présente des digitations bifurquées.

Face interne. F^1 est bien développée. LP assez volumineux est incomplètement séparé de F^1. SR qui est sinueux et profond ne forme pas d'encoche sur la face interne de l'hémisphère. La circonvolution du corps calleux est assez peu

développée et présente des plis superficiels mais nombreux. La scissure perpendiculaire est large et béante. — LC sinueux envoie un pli de passage à LO.— LO s'abouche avec CH par un large prolongement. — CH est lisse. — T^4 entièrement séparée de CH envoie à T^3 trois prolongements.

Cœur. Poids 390 gr. Myocarde un peu pâle, légère hypertrophie du ventricule gauche. Athérome de la portion ascendante de l'aorte.

Poumons. Hyperhémie surtout aux deux bases, emphysème assez prononcé.

Poids :	Poumon gauche	660 gr.
—	Poumon droit	680 gr.

Reins. Décortication facile, quelques kystes à leur surface, leur tissu paraît normal.

Poids :	Rein gauche	130 gr.
—	Rein droit.	170 gr.

Rate. Infarctus rouge à la partie supérieure occupant son 1/3 supérieur environ (110 gr.). — *Foie* hyperhémié, surface ecchymotique (1500 gr.) ; pas de calculs.

Foyer hémorrhagique.—Le foyer a détruit tout le centre du *lobe frontal droit* et se prolonge en arrière dans le centre oval. Il a un peu plus de huit centimètres d'avant en arrière et cinq de hauteur. Sa paroi inférieure, répondant à la face orbitaire du lobe frontal, est réduite à 3 ou 4 millimètres d'épaisseur. Les parois répondant à la face convexe et à la face interne sont un peu plus épaisses. Le foyer est rempli de caillots et de sang liquide. Le contenu enlevé, on se rend bien compte des ruptures qui ont donné issue au sang qui avait inondé la base de l'encéphale; l'une d'elles, transversale, est située à l'extrémité inférieure du lobe frontal; l'autre, longitudinale, occupe la face interne du même lobe, séparant complètement le *gyrus rectus* de la *première circonvolution frontale* ; c'est par cette dernière qu'est sorti le sang trouvé entre les deux lobes frontaux, au niveau du chiasma et des deux artères sylviennes.

La *tête du corps strié* est en quelque sorte disséquée et suspendue entre la cavité du ventricule latéral et le foyer hémorrhagique. Celui-ci se prolonge derrière le corps strié dans une longueur de trois centimètres, sous forme d'un entonnoir aplati dans le sens de l'épaisseur de l'hémisphère.

Une coupe transversale, tangente à l'extrémité antérieure du corps strié, montre que, du côté de l'insula, la paroi du foyer mesure à peine 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Une seconde coupe pratiquée un centimètre et demi en arrière de la précédente et intéressant la couche optique à son origine, fait voir que le noyau extra-ventriculaire du corps strié, est disséqué suivant sa face externe, par conséquent, le long de la capsule externe, et cela dans une longueur d'au moins un centimètre : c'est là qu'est le point de départ de l'hémorrhagie; c'est là qu'on a trouvé les caillots les plus durs, les plus anciens. — L'hémisphère gauche n'était le siège d'aucun foyer.

Réflexions. — I. L'*épilepsie*, chez ce malade, a présenté deux particularités très dignes de remarque. En premier lieu, elle a débuté à un âge avancé, 48 ans, sans tare héréditaire ou diathésique, circonstance qui, jointe à la cause probable, une *émotion* vive, nous a permis de porter le diagnostic : *épilepsie tardive idiopathique* (1). L'autopsie, plus tard, a justifié ce diagnostic. Nous n'avons, en effet, découvert à l'autopsie ni tumeurs, ni foyers anciens, ni sclérose de la corne d'Ammon, ni rétrécissement du trou occipital, etc.

Les *accès*, autant que nous avons pu le savoir, avaient les caractères ordinaires du mal caduc vulgaire. Très fréquents, paraît-il, avant l'admission du malade à Bicêtre, ils sont devenus ensuite relativement rares à dater de son entrée ; bien plus, et, c'est là un autre point intéressant, ils avaient même tout à fait disparu depuis un an.

II. Alors que l'on pouvait espérer que Rent... était guéri de l'épilepsie et que nous avions demandé son passage du quartier des aliénés dans l'une des divisions de l'hospice, il a été frappé d'*apoplexie, symptomatique* d'une *hémorrhagie cérébrale*. En raison de la prédominance de la *paralysie* et de la *contracture*, dans les membres du *côté gauche*, de la prédominance aussi des plaques viola-

(1) L'épilepsie, on le sait, est surtout une maladie de l'enfance et de l'adolescence. Les cas d'épilepsie tardive, dans notre service, sont relativement rares. Toutefois, soit à la Salpêtrière, dans les services de MM. Delasiauve et Charcot, soit à Bicêtre, dans notre service, nous en avons rassemblé une vingtaine de cas qui seront l'objet d'un travail ultérieur (B).

lacées à gauche ; en raison enfin de la déviation des yeux et de la face à droite, nous avions localisé le foyer hémorrhagique dans l'hémisphère droit.

L'examen de la *température*, en nous indiquant un *abaissement initial* très prononcé, venait fournir un nouvel argument en faveur de la réalité d'une hémorrhagie. La température, qui était à 37°, une heure et demie après

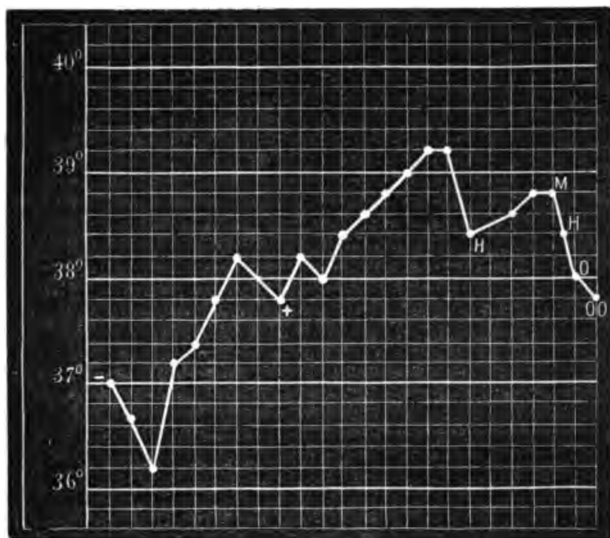


Fig. 7. — Chaque ligne verticale répond à une heure. — température prise une heure et demie après l'attaque; +, ‡, abaissement de la température répondant à l'extension du foyer et aux ruptures ; — M, température au moment de la mort. H, température un quart d'heure après la mort; 0, température une heure un quart après la mort ; 00, T. deux heures un quart après la mort.

le début de l'attaque, était descendue à 36°,2 au bout de 3 heures et demie. A partir de là, elle monte progressivement à 38°,2 (8 heures après le début). A ce moment, elle descend une seconde fois et retombe à 37°,8 (9 heures et demie après le début). Conformément à la règle, la température reprend sa courbe ascensionnelle et atteint, 16 à 17 heures après l'ictus apoplectique, le chiffre de 39°,2. On observe ensuite un nouvel abaissement (38°,4) suivi d'une nouvelle élévation.

On sait que, dans les cas réguliers qui se terminent par la mort à brève échéance, l'*abaissement initial* est suivi d'une ascension régulière de la température qui va jusqu'à 42° et même davantage. Ici le tracé de la période ascensionnelle est interrompu par des *chutes* (37°,8 et 38°,4) qui, suivant nous, devaient correspondre ou à des *ruptures* du foyer, ou à l'extension du foyer primitif; l'autopsie nous a montré que nous ne nous étions pas trompés. Ce fait vient confirmer, une fois de plus, tous ceux qui ont été rapportés par M. Charcot et ses élèves (1).

---

(1) Bourneville. — *Études cliniques et thérapeutiques sur les maladies du système nerveux*, p. 9 à 121. On trouvera dans ce travail l'historique complet de la question. — Cette observation a été communiquée à la *Société anatomique*, et en même temps nous avons fait voir la *photographie*, le *moule* de la tête, le *crâne* et le *cerveau* du malade.

VI.

Idiotie congénitale; Rein unique;

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Le fait suivant nous a paru mériter d'être publié, non seulement parce qu'il a trait à une forme spéciale d'idiotie, maladie dont on ne publie qu'assez rarement des observations, mais aussi parce que l'autopsie nous a permis de découvrir une lésion congénitale.

OBSERVATION. — *Idiotie complète congénitale. — Père alcoolique et violent. — Grand'mère paternelle hémiplégique. — Grossesse : chagrins, traumatisme. — Premiers signes d'idiotie à deux mois; jamais de convulsions. — Fracture de la jambe droite à 4 ans. — Balancement, grincements, colères, cris diurnes et nocturnes; parole nulle; gâtisme. — Diarrhée. — Rougeole* (1883). — *Tuberculose. — Mort. — Autopsie : Rein en fer à cheval; — tuberculose pulmonaire et intestinale.*

Assas..., Eugène Louis, né le 2 février 1876, est entré à Bicêtre, le 15 novembre 1882 (service de M. BOURNEVILLE) et y est mort le 30 avril 1884.

Renseignements fournis par sa mère (21 novembre 1882). *Père*, 37 ans, maçon, grand, fort, marié à 29 ans; il buvait alors beaucoup, surtout du vin ; il s'enivrait une ou deux fois par mois ; depuis trois ans, les excès sont moins fréquents. Il fume 20 centimes de tabac par jour. Il n'a ni migraines, ni céphalalgie, sauf à la suite de ses ivresses ; il n'aurait jamais eu de maladies cutanées ni de maladies vénériennes, ni de convulsions dans l'enfance ; il n'a eu aucune maladie depuis son mariage. Il est violent : « j'ai

été battue pour commencer. » [*Père*, mort on ne sait de quoi, à 45 ans. Il avait fait de nombreux *excès de boisson* : « lui, c'était des alcools. » — *Mère*, morte il y a deux mois; a été atteinte d'une *hémiplégie* gauche pendant les trois dernières années. Elle était sobre ; n'avait jamais eu d'attaques de nerfs. — Un *frère* dont on n'a plus eu de nouvelles depuis la guerre de 1870; deux *sœurs*, mortes du croup. Aucun détail sur les *grands parents*. Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas d'autres paralytiques, pas de tics, pas de difformes, ni de suicides ou de criminels dans la famille.]

Mère, 37 ans, blonde, rousse, petite, fatiguée (elle est enceinte de 8 mois 1/2 ; intelligence à peu près ordinaire ; tisseuse, ménagère. Elle serait un peu nerveuse, mais n'aurait pas eu d'attaques ni de convulsions dans l'enfance; ni migraines, ni syncopes ; pas de dermatoses. Elle a eu une fièvre typhoïde à 18 ans. [*Père*, mort de fièvre typhoïde à 45 ans, à l'époque où elle-même était atteinte de la même affection. Il était tisseur, sobre, et n'était pas nerveux. — *Mère*, 70 ans, bien portante, n'a pas eu de maladies nerveuses. On ne peut fournir des renseignements que sur les grands parents maternels. Le *grand-père* est mort à 79 ans en 8 jours ; il n'était ni paralysé, ni dément ; la *grand'mère* est morte des suites d'une fracture compliquée à l'âge de 55 ans. — Un *frère* est mort à 13 ans d'une « inflammation d'intestins. » Pas d'aliénés, etc., dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Le *père* du malade a eu d'une première femme, morte poitrinaire, deux *enfants* qui sont morts à 2 mois et à 6 mois et un mort-né avant terme. Il a eu de sa seconde femme 5 enfants ; celle-ci est enceinte du sixième : 1° garçon, 14 ans, intelligent, bon ouvrier, n'a pas eu de convulsions; 2° fille, morte à neuf jours « d'une esquinancie dans la gorge » ; pas de convulsions ; 3° notre malade ; 4° garçon, mort à quatre mois et demi de cholérine (vomissements et diarrhée); 5° fille, 19 mois, bien portante, n'a pas eu de convulsions ; commence à parler et à marcher.

Notre malade. — A l'époque de la *conception*, le père buvait beaucoup ; il était très violent et battait sa femme. Il voulait avoir des rapports sexuels quand il était ivre, mais elle s'y serait toujours refusée. *Grossesse* accidentée par des chagrins et par les peurs que lui causait son mari « qui avait un mauvais vin. » Elle dut le quitter vers le troisième mois de sa grossesse, alla chez sa mère et ne revint avec lui que trois à quatre mois après. Ni coup, ni

chutes sur l'abdomen, ni constriction; pas d'alcoolisme. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. A la *naissance*, l'enfant n'était pas asphyxié; il était fort et bien constitué. Il fut élevé au sein par sa mère jusqu'à quinze mois. Au bout de deux mois « ma belle-mère disait que mon enfant n'avait pas les yeux comme les autres enfants. » Il n'aurait jamais eu de convulsions. Première dent à 8 mois 1/2 (les autres auraient ensuite poussé assez vite).

Assas... n'a marché que vers l'âge de 4 ans, et peu après, il eut une fracture de la jambe droite: quand on la lui a réduite, il a dit « bobo » ; il aurait parfois prononcé le mot papa, et c'est tout. Il n'aurait jamais ri comme les autres enfants. Depuis un an, il se sert de ses mains; auparavant, il ne savait pas porter à sa bouche. Il ne bave ni ne suce ; *balancement* de la tête seulement ; fréquent *grincement des dents*. Assas... est sujet à des *accès de colère; rit et crie* sans motif appréciable, de jour et surtout de nuit ; on a essayé de le corriger sans succès; sommeil capricieux. Appétit vorace, mastication nulle, salacité pour les débris d'aliments, parmi lesquels toutefois il choisissait; il n'a jamais mangé ses excréments ; pas de rumination ; selles régulières, parfois en diarrhée ; il a toujours été gâteux. Pas de vers, pas d'onanisme. Rougeole à trois mois, croûtes du cuir chevelu à 2 ans. Il n'a eu ni otite, ni ophthalmie, ni engelures, ni diphthérie, etc.

Etat actuel. — *Tête* : l'occiput est saillant; il existe un méplat à la partie supérieure de l'occipital et postérieure des pariétaux. Les bosses pariétales sont peu saillantes ; les bosses frontales sont proéminentes, égales. Les régions latérales et sus-orbitaires sont fortement déprimées surtout à gauche, aussi en résulte-t-il une plus forte saillie des bosses frontales. L'arcade sourcilière est déprimée. Le crâne paraît à peu près symétrique, présente une forme générale quadrangulaire. Le *nez* est petit, à dos légèrement concave. Les régions *orbitaires* sont amaigries, cerclées. Les paupières ne présentent rien de particulier, l'iris est gris verdâtre ; les pupilles sont égales, dilatées et réagissent. Les régions malaires sont égales, peu saillantes malgré l'amaigrissement. La portion buccale des joues est légèrement concave, peu colorée. La *bouche* est petite: les *lèvres* sont minces, quoique l'inférieure paraisse épaisse à cause du *prognatisme* de la mâchoire inférieure. Le menton est rond, large et épais. Les *oreilles* sont larges, aplaties, peu écartées, bien ourlées, sans lobule, de dimension égale (5 centim. sur 3 cent.) L'oreille externe gauche

est dirigée d'avant en arrière, plus obliquement que l'autre ; elle est mieux ourlée.

Diamètre occipito-frontal.	16 cent.
Diamètre bi-pariétal.	14 cent.
Diamètre bi-orbitaire.	9 cent.
Circonférence horizontale du crâne.	50 cent.
Courbe bi-auriculaire (d'un conduit auditif externe à l'autre).	29 cent.
Courbe antéro-postérieure	34 cent.

La *face* est ovale ; elle est surplombée par le front. Une ligne droite de la racine du nez au menton mesure 8 centimètres, de la ligne d'implantation des cheveux à la racine du nez 6 centimètres.

Les piliers du voile du palais sont réguliers ; la voûte palatine est assez profonde en avant et un peu ogivale ; les amygdales sont normales ; pharynx, rien de particulier.

Le *cou* est très grêle (23 centim.). Les veines du cou sont saillantes.

Le *thorax* est très amaigri ; les clavicules et les côtes sont saillantes ; on constate aux extrémités antérieures des côtes un léger chapelet rachitique ; la forme conique du thorax est exagérée, les fausses côtes sont déjetées en dehors. Le soulèvement cardiaque est surtout plus prononcé dans le quatrième espace intercostal en dedans de la ligne mamillaire (2 centim.).

L'*abdomen* est ballonné, mais souple ; la matité *hépatique* est très limitée et ne se perçoit pas en avant. *Rate*, percutable. La digestion était normale (constipation) jusqu'à ces derniers temps, où on a noté de la diarrhée.

Les *membres supérieurs* sont égaux, réguliers, grêles, les mains longues, très fines ; les doigts à leur extrémité sont un peu en spatule.

Les *membres inférieurs* sont égaux, réguliers, grêles ; les genoux et les malléoles sont déformés (nouures rachitiques). Les mouvements paraissent normaux.

Peau : cheveux blonds peu fournis s'étendant jusque sur les bosses frontales ; sourcils blonds peu abondants ; cils blonds et longs. Très léger duvet sur les joues et la lèvre supérieure. La peau du corps est fine.

Les *testicules* sont descendus ; le gauche est un peu plus élevé que le droit. La *verge* est petite ; *phimosis*. Pas d'onanisme.

La *sensibilité générale* est conservée. Le *goût* et la *vue* paraissent normaux, mais l'enfant ne paraît pas percevoir les odeurs (assa-fœtida, ammoniaque, etc.)

1882. — 15 *novembre*. Poids : 14 kilogr., 800. Taille, 1 m. 02. — 30 *Novembre*. Dans les premiers jours de son arrivée, il semblait toujours avoir peur, s'asseyait dans les coins. Depuis quelques jours, il va et vient, ne reste plus assis, est plus rassuré.

1883. *Janvier.— Poids* : 15kilogr., 100. *Taille*: 1. m.04.

3 *avril*. L'enfant n'urinant que très peu et difficilement, est monté à l'infirmerie. Le *phimosis* est très serré, ne permet pas même de découvrir le méat. On dilate facilement l'orifice préputial, mais on n'arrive que le soir, après un nouveau sondage, à franchir le col (spasme ?) il s'écoule d'abord une très petite quantité d'urine, puis peu après une urine abondante.

4 *avril*. T. R. 40°,4. — *Soir* : 40°,2.

5 *avril*. T. R. 39°,8. — Ce matin, l'enfant est éveillé. Langue sale ; un peu de diarrhée, sans météorisme. On ne trouve rien aux poumons. Eau de sedlitz, sulfate de quinine, 0 gr., 25. — *Soir* : 40°.

6 *avril*. Inappétence ; l'enfant ne prend qu'un peu de lait. La diarrhée est abondante ; urination normale. Rien à l'auscultation. Pas de taches sur l'abdomen. Pouls rapide; pleurs fréquents: la main fraîche appliquée sur la tête paraît lui être agréable. Sulfate de quinine: 0 gr. 25. T. R. 39°,4. — *Soir* : 40°,4.

7 *avril*. Même état, face pâle, anémiée ; l'abdomen n'est pas ballonné, mais il semble douloureux vers la partie inférieure où l'enfant porte souvent la main ; pas de diarrhée ; urine abondante. T. R. 39°,4. — *Soir* : 40°,2.

8 *avril*. T. R. 38°,8. — *Soir* : 40°,4.

9 *avril*. Face amaigrie, yeux excavés ; sillons naso-labiaux égaux ainsi que les plis du front ; lèvres rosées, humides. Les gencives sont un peu fongueuses, l'haleine rappelle celle de la stomatite ulcéro-membraneuse ; il n'y a pas d'ulcérations. La langue est sale, mais non rouge ; large, saburrale ; les piliers sont roses, réguliers ; les amygdales et la voûte palatine ainsi que le pharynx, ne présentent rien de particulier. La soif est vive et l'enfant manifeste ce besoin en disant : « à boi ! à boi ! » Il boit ordinairement avec avidité, mais parfois il refuse la boisson. Pas de vomissements. L'abdomen n'est ni ballonné, ni déprimé; il est souple ; la pression ne paraît pas y occasionner de douleur ; sonorité partout ; le foie et la rate ne paraissent pas avoir augmenté de volume ; le malade n'a pas eu de selles depuis avant-hier. T. R. 38°,8. — *Soir* : 40°.

10 *avril*. T. R. 39°. — *Soir* : 39°,4.

11 *avril*. T. R. 38°,4. — *Soir* : 38°,3.
12 *avril*. T. R. 38°,2. — *Soir* : 39°,2.
13 *avril*. P. 88; T. R. 39°. Pas de toux; l'auscultation et la percussion ne fournissent aucune donnée et sont du reste difficiles à pratiquer. L'élasticité est conservée. Julep avec 2 gr. d'extrait de quinquina.
14 *avril*. T. R. 37°,2. — *Soir* : 38°,4.
15 *avril*. T. R. 38°,2. — *Soir* : 39°,2.
16 *avril*. T. R. 38°,4. — *Soir* : 38°,4.
17 *avril*. T. R. 37°,4. — *Soir* : 39°.
18 *avril*. T. R. 38°,4. — *Soir* : 40°,2.
19 *avril*. T. R. 39°,2. — *Soir* : 39°,2. L'enfant est très amaigri; il ne prend que des bouillons, des potages et du lait; il ne vomit pas, est constipé. Il se plaint continuellement, grince des dents, ne tousse pas. La bouche est sèche, les lèvres fuligineuses. Les yeux renferment à l'angle interne du mucus concret. Deux verres d'eau de sedlitz; sulfate de quinine, 0 gr., 25.
20 *avril*. T. R. 39°. — *Soir* : 39°,2.
21 *avril*. T. R. 38°,4. — *Soir* : 39°,2.
22 *avril*. T. R. 38°,4. — *Soir* : 39°,4.
23 *avril*. T. R. 38°,2. — *Soir* : 38°,4.
24 *avril*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°,2.
25 *avril*. T. R. 37°. — *Soir* : 38°. L'enfant est à peu près dans le même état général malgré l'abaissement de la température; il ne mange pas, tousse un peu. Continuation du sulfate de quinine.
26 *avril*. T. R. 37°,2. — *Soir* : 38°,2.
27 *avril*. T. R. 37°,4. — *Soir* : 39°.
28 *avril*. T. R. 37°,2. — *Soir* : 38°,4.
29 *avril*. T. R. 37°,4. — *Soir* : 38°,2.
30 *avril*. T. R. 38°,2. — *Soir* : 37°,4.
1er *mai*. T. R. 37°,4. — *Soir* : 38°.
2 *mai*. T. R. 37°,6. — *Soir* : 39°,2.
3 *mai*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°,2.
4 *mai*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°,4.
5 *mai*. T. R. 37°,8. — *Soir* : 38°,2.
6 *mai*. T. R. 39°,6. — *Soir* : 40°. L'enfant tousse; on trouve des râles de bronchite, et une éruption apparaissant sur la racine des cheveux, sur les joues et derrière les oreilles; selles régulières, langue sale. Conjonctivite palpébrale droite.
7 *mai*. L'éruption consiste en petites taches d'un rose peu intense, s'effaçant par la pression; elle forme autour du front, vers la racine des cheveux, comme une couronne; ces taches sont plus nombreuses autour des bosses fron-

tales, assez nombreuses sur les joues, surtout à la partie inférieure, sur le nez, sur le menton et derrière les oreilles. Il n'en existe pas au cou ni sur les autres parties du corps. Conjonctivite palpébrale purulente très intense ; injection peu marquée de la conjonctive. Langue sale ; rien à la gorge ; constipation ; pas de vomissements. La percussion et l'auscultation sont normales ; la toux est rare. T. R. 40°,2. — *Soir* : 38°,2.

8 *mai*. L'éruption est limitée à la face. Respiration peu gênée. A l'auscultation on trouve très peu de râles. Constipation. T. R. 38°,8. — *Soir* : 39°,8.

9 *mai*. L'éruption persiste à la face où elle est toujours limitée. Toux rare ; cris, grincement de dents. L'auscultation, très difficile, ne décèle rien. A la percussion on constate une diminution de sonorité dans toute la hauteur en arrière, en avant elle est normale. Larmoiement. Coryza presque nul ; haleine un peu fétide ; rien à la gorge. Soif assez vive ; constipation. Pas de vomissements. T. R. 39°,9. — 20 gr. d'huile de ricin. Julep extrait de quinquina ; tisane de violette. — *Soir* : 37°,6.

10 *mai*. L'éruption est plus visible au front, près la racine des cheveux. L'auscultation ne donne rien quoique la sonorité soit diminuée surtout à gauche. L'enfant a été très abattu dans la journée d'hier. Selles régulières. Pas de vomissements. T. R. 37°,3. — *Soir* : 38°,6. — Julep avec 4 gr. d'acétate d'ammoniaque et l'extrait de quinquina.

11 *mai*. L'éruption s'efface au front et sur les joues. On ne constate toujours rien sur les autres parties du corps. L'auscultation est négative partout, sauf à la base gauche où la respiration est très sèche. Percussion normale. Conjonctivite légère ; langue humide, haleine fétide ; rien à la gorge. L'abattement est beaucoup moins prononcé. Selles régulières. Même traitement. T. R. 37°. — *Soir* : 37°,8.

12 *mai*. Percussion et auscultation normales ; grincement continu des dents (non usés). Haleine un peu fétide ; amaigrissement progressif. Rien à la gorge. T. R. 37°. — *Soir*: 37°,8.

13 *mai*. L'enfant va mieux. Rien à la poitrine. T. R. 37°,4. — *Soir* : 37°,8.

14 *mai*. Hier quelques taches rouges ont apparu sur le visage. Constipation. T. R. 37°. — *Soir* : 38°.

15 *mai*. Eruption de petites taches rouges inégales sur le front, les joues et les parties supérieures du thorax ; quelques-unes sont surmontées d'une petite vésicule (aspect d'éruption sudorale) ; les deux membres supérieurs

présentent au niveau de la face dorsale du poignet et de la portion correspondante de l'avant-bras une éruption analogue, plus foncée (l'enfant place habituellement les deux mains sous la tête reposant sur l'oreiller par la face dorsale). Sudation très abondante. Toux légère; râles peu nombreux. Constipation. Dans la fosse iliaque gauche on perçoit par le palper de petits noyaux durs du volume d'une noisette, ne paraissant pas adhérer à la peau (scybales). T. R. 36°,9.—*Soir* : 37°,4. Lavement glycériné ; huile de ricin.

16 *mai*. Toux très rare. Rien à l'auscultation et à la percussion. L'éruption de la face dorsale des poignets et de la face commence à s'effacer. Selles copieuses à la suite du lavement. T. R. 37°,2. — *Soir* : 37°,8.

17 *mai*. T. R. 37°,4. — *Soir* : 37°,2.

18 *mai*. T. R. 37°. — *Soir* : 37°,4.

19 *mai*. T. R. 37°. Même état. Constipation.

21 *mai*. L'éruption n'a pas encore complètement disparu. La vessie fait saillie au-dessus du pubis, cependant l'enfant a uriné cette nuit.

27 *juin*. L'enfant est complètement remis. L'affaiblissement des jambes qui existait à la suite de sa *rougeole* a disparu ; il marche seul aujourd'hui. Le soir, une fois couché, il reprend ses habits et s'habille seul, tandis que le matin on n'a encore pu l'habituer à s'habiller.

30 *juin*. *Poids*: 15 kilog. 500 gr. *Taille* : 1 m. 04 cent.

5 *décembre*. Quand l'enfant est assis, il se *balance* ; l'index gauche appuyé devant l'oreille correspondante, il semble attentif comme s'il écoutait ; parfois grimaces de la bouche tirée à droite ou à gauche.

1884. 31 *janvier*. *Poids* : 16 kilogr 600 gr. *Taille* : 1 m., 06 cent.

11 *mars*. Depuis trois à quatre jours, l'enfant n'a pas été à la selle ; abdomen tympanisé. Anorexie. Cataplasmes. Lavements. T. R. 38°,6. — *Soir* : 38°.

12 *mars*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°,2.

13 *mars*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°.

14 *mars*. T. R. 37°,7. — *Soir* : 37°,6.

15 *mars*. T. R. 37°,5. — *Soir* : 37°,4.

16 *mars*. T. R. 37°,3. — *Soir* : 37°,4.

22 *avril*. L'enfant est pris maintenant d'une diarrhée abondante de couleur sépia et fétide. Tympanisme de l'abdomen sensible à la pression et sur lequel se dessine un réseau veineux superficiel. Pas de vomissements. Le malade n'a pas l'air abattu. Les pommettes sont colorées. Lait. Bouillon. Bismuth : 2 gr.

23 *avril*. T. R. 38°.— *Soir*: 39°,1.
24 *avril*. T. R. 38°,1. — *Soir*: 38°,5.
25 *avril*. T, R. 38°. — *Soir*: 39°.
26 *avril*. T. R. 38°,2.— *Soir*: 38°,4.
27 *avril*. T. R. 38°,3. — *Soir*: 39°.
28 *avril*. T. R. 39°. — *Soir*: 40°.

29 *avril*. La diarrhée continue; l'abdomen est sonore, souple, paraît peu ou point douloureux. L'enfant est très abattu; les lèvres sont un peu fuligineuses, mais il n'existe pas d'état typhoïde accentué. Le visage est pâle et amaigri. La percussion est normale; à l'auscultation on entend de temps à autre des râles ayant un peu le caractère de frottements; l'auscultation est, du reste, difficile à pratiquer à cause de l'état du malade.

Circonférence du thorax au niveau du mamelon .	55 centim.
Au niveau de l'appendice xyphoïde au moment de l'expiration.	57 1/2 centim.

Les avant-bras, les mains, les genoux et les pieds sont cyanosés. Viande crue, lait, bouillon; eau albumineuse et laudanum II gouttes. T. R. 39°,1. — *Soir*: 39°,7.

30 *avril*. T. R. 39°. L'enfant meurt à deux heures de l'après-midi sans convulsions. La diarrhée avait cessé depuis dix heures du matin. Les selles n'ont jamais été sanguinolentes; elles étaient d'un vert grisâtre. Il n'y a jamais eu de vomissements. T. R. après la mort: 40°,5; une heure après: 39°,8; deux heures après: 38°,7. Poids: 13 kilog. 500 gr.

AUTOPSIE (2 mai 1884). — La *cavité abdominale* ne contient aucun liquide anormal; les intestins occupent leur position normale, sauf l'S iliaque qui est très dilatée. L'estomac est de même très dilaté. Le péritoine est sain; pas de tubercules. Le foie ne déborde pas les fausses côtes; le diaphragme s'élève de chaque côté à la hauteur ordinaire. Adhérence partielle du péricarde avec les poumons. Pas de liquide dans la cavité péricardique.

Cœur normal (90 grammes) dans toutes ses parties; le *trou de Botal* est perméable. On constate une adhérence totale des deux feuillets des *plèvres*; au sommet du *poumon droit*, on trouve quelques *granulations tuberculeuses*, et dans le lobe moyen, un noyau de *broncho-pneumonie*. Les ganglions *péri-bronchiques* sont caséeux. Poids: P. droit, 240 gr.. P. gauche, 165 gr. La *rate* (90 gr.) n'offre qu'un peu de périsplénite.

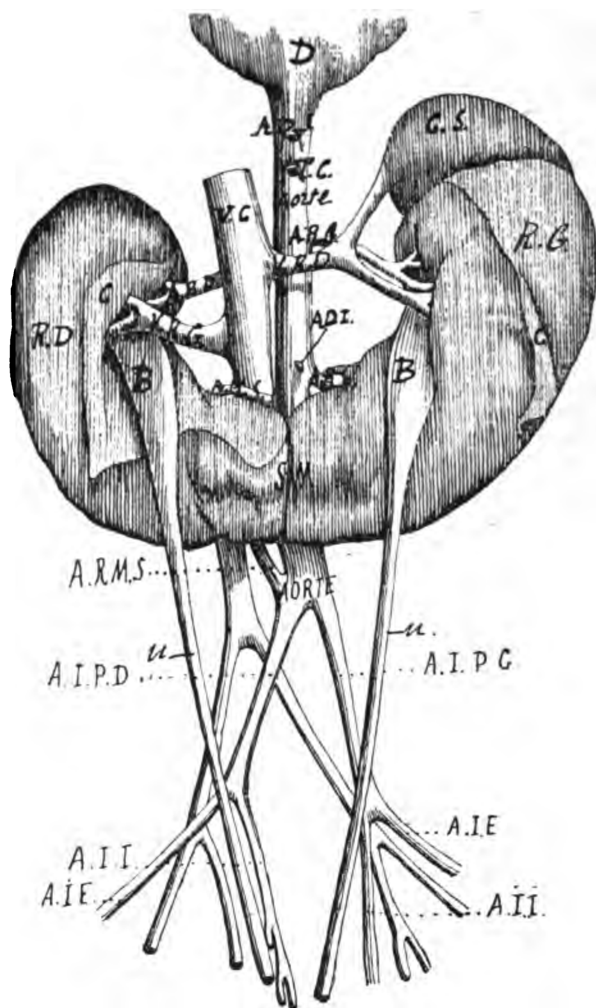


Fig. 9. — Rein en fer à cheval vu de face. — C., capsule ; R. D., rein droit ; R. G., rein gauche ; C. S., capsule surrénale ; D., diaphragme ; V. C., veine cave ; V. R. D., veine rénale droite ; V. R. G., veine rénale gauche ; A. R., artère rénale ; A. R. S., artère rénale supplémentaire ; A. R. M. S., artère rénale médiane supplémentaire ; B., bassinet; *u.*, uretère ; A. I. P. D., artère iliaque primitive droite ; A. I. P. G., artère iliaque primitive gauche.

Le *larynx* ne présente rien de particulier ; la *glande*

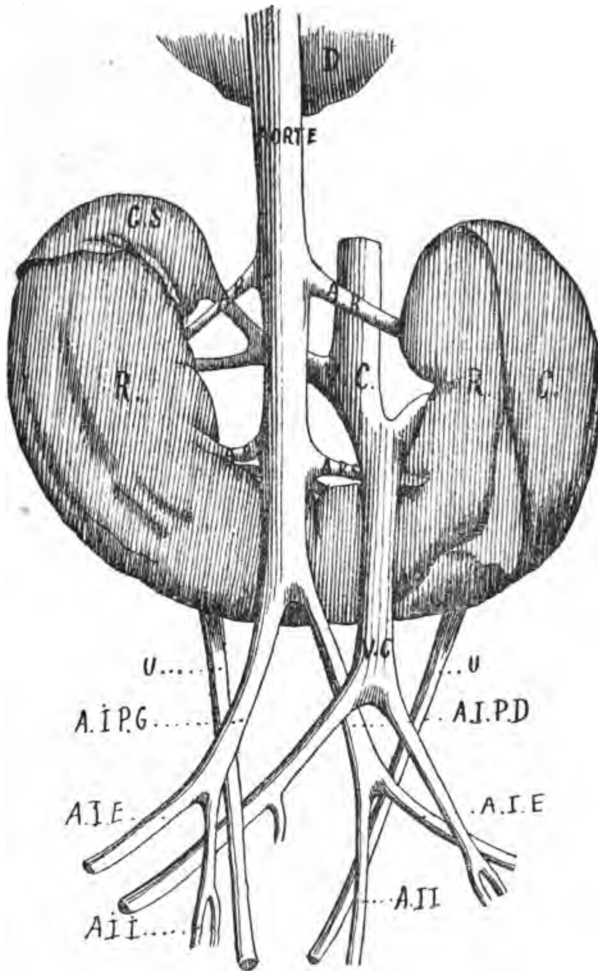


Fig. 10.— Rein en fer à cheval vu en arrière. — R. rein; C. S., capsule surrénale ; A. R., artère rénale ; V. C , veine cave ; A. R. S , artère rénale supplémentaire ; U., uretère ; A, I. P. D., artère iliaque primitive droite ; A. I. P. G., artère iliaque primitive gauche ; A. I. E., artère iliaque externe ; A. I. I., artère iliaque interne.

thyroïde est légèrement hypertrophiée et en dégénérescence colloïde.

Appareil urinaire. — Les *uretères* sont très dilatés et présentent la dimension d'une grosse plume d'oie; toutefois, la dilatation est beaucoup plus prononcée à la partie supérieure. — Les deux bassinets sont également très dilatés. Au moment de faire la coupe antérieure pour dégager le rein gauche, l'on s'aperçoit que les *deux reins sont unis* par leur extrémité inférieure. Les deux reins sont dirigés de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans. Leur extrémité supérieure correspond à l'union de la première avec la seconde vertèbre lombaire. Le milieu de la courbure du fer à cheval repose sur le disque qui sépare la quatrième vertèbre lombaire de la cinquième. Les deux reins ont subi une sorte de mouvement de bascule qui reporte le hile en avant. Les deux uretères descendent obliquement, passent à 2 centimètres de la partie médiane antérieure du fer à cheval, sur lequel ils laissent leur empreinte; sur la partie médiane antérieure du fer à cheval se trouve une dépression dirigée de haut en bas et semblant indiquer la ligne de fusion des deux reins. (*Fig.* 9, 10.)

La décortication du rein, qui n'est pas lobulé, s'opère avec facilité. A sa surface se trouvent un certain nombre d'étoiles de Verrheyen. A la coupe, le rein paraît normal; il est un peu congestionné. Les deux *bassinets* sont remplis d'un magma briqueté formant une bouillie liquide. A l'examen microscopique, l'on constate que ce magma, jaune, sablonneux, est formé principalement par des cylindres épithéliaux, hyalins et cireux, des cellules épithéliales isolées, des cristaux d'acide urique, d'urate de soude et d'urate d'ammoniaque.

La longueur totale du fer à cheval est de 23 centimètres environ; celle de la partie horizontale, de 9 centimètres (mesures prises sur le milieu de la face antérieure). La largeur de l'extrémité supérieure est de 4 centimètres; à l'union de leur extrémité inférieure, cette largeur se trouve réduite à 2 centimètres et demi. Le bassinet gauche a une longueur de 4 centimètres et le droit de 3 centimètres.

Description des artères et veines. — Rapports. — Les *artères diaphragmatiques inférieures*, le *tronc cœliaque*, les *mésentériques supérieure* et *inférieure* occupent leur situation normale ordinaire et n'offrent aucune anomalie. — Les *artères rénales*, ainsi que les *veines*, sont au nombre de deux de chaque côté; elles prennent naissance sur

l'aorte et la veine cave à 5 centimètres environ de distance ; les inférieures naissant à 1 et 2 centimètres au-dessous de la mésentérique inférieure. Les *artères rénales supérieures* entrent dans le rein à la partie supérieure du bassinet, quelques-unes de leurs divisions passent en arrière ou pénètrent dans le rein au-dessus du hile. L'*artère rénale inférieure* gauche pénètre par plusieurs divisions dans le rein en arrière du bassinet à 3 centimètres 1/2 au-dessus de la supérieure. L'artère rénale inférieure droite s'enfonce directement dans le rein à 1 centimètre environ en arrière du hile. Ces artères sont accompagnées par des veines rénales assez grêles. Enfin nous trouvons une *artère médiane* venant de l'iliaque primitive droite d'une largeur d'un centimètre environ et pénétrant dans la substance rénale par deux divisions au bord inférieur et médian de la partie transversale du rein, au niveau de la dépression indiquant l'union des deux reins.

Le *canal cholédoque* est perméable. — Le *duodénum* et l'*estomac* ne présentent rien de particulier. — Le *foie* est normal sauf un peu de périhépatite. — Les *ganglions iléocœcaux* sont hyperémiés et hypertrophiés ; à l'ouverture de l'*intestin* l'on constate alors que quelques follicules sont très saillants, que quelques *glandes de Peyer* sont ulcérées ; une de ces ulcérations qui siège sur l'iléum a une direction transversale, comprend un tiers de la circonférence de l'intestin ; ses bords sont irréguliers, déchiquetés et décollés ; cette ulcération s'étend en profondeur jusqu'à la tunique-musculaire (*tuberculose intestinale*). On trouve encore dans l'intestin quelques *lombrics*.

Tête. — Sur le *cuir chevelu* on constate une petite ecchymose à la région temporale gauche. La *dure-mère* n'offre rien de particulier. — Les *sinus* contiennent des caillots noirs. Toute la partie droite de la base du crâne est peut-être un peu plus profonde que la gauche. La *pie-mère* de la base est partout très vascularisée ; il existe quelques légères adhérences faciles à rompre entre les deux lobes orbitaires en avant du chiasma. *Encéphale* 1220 grammes ; *cervelet et isthme* 140 grammes. Les *hémisphères cérébraux* ont le même poids. Les *nerfs optiques* paraissent égaux, mais la *bandelette optique gauche est plus petite que la droite*. — Le *tubercule mamillaire* gauche est un peu plus petit que le droit. — Les *pédoncules cérébraux* paraissent égaux ; la *protubérance* est symétrique.

Lorsqu'on a incisé les deux pédoncules et ouvert les

ventricules on aperçoit, placée entre les tubercules quadrijumeaux, sur la ligne médiane, à 5 millimètres en avant de l'extrémité postérieure du corps calleux une *petite tumeur* arrondie, d'un gris rosé, de 8 à 10 millimètres de diamètre, contenue dans les plexus choroïdes ; elle empiète un peu plus sur la droite ; elle laisse entre elle et la couche optique un espace de 5 millimètres : cette tumeur n'est autre que la *glande pinéale hypertrophiée.*

La pie-mère de la face interne des hémisphères est hyperémiée ; on constate de même une hyperémie fine plus prononcée, presque ecchymotique, au bord supérieur sur la face convexe ; elle est aussi prononcée des deux côtés. La pie-mère est un peu épaissie surtout à la convexité. — La décortication est partout facile. — La *pie-mère cérébelleuse* se décortique également bien ; les hémisphères cérebelleux sont égaux et normaux à la coupe. — La *protubérance*, les *olives*, les *pyramides*, le *quatrième ventricule* n'offrent rien à noter.

Hémisphère droit. — La *première frontale* est très sinueuse, a des sillons profonds, envoie un pli de passage très sinueux à la partie moyenne de la deuxième frontale et s'insère en retrait sur la frontale ascendante par deux insertions. — La *deuxième frontale* est également très sinueuse avec des sillons assez superficiels ; elle envoie un pli de passage à la troisième frontale et s'insère de niveau sur la frontale ascendante. — La *troisième frontale* est plissée, ramassée, et s'insère en retrait sur la frontale ascendante.—La *frontale ascendante*, assez volumineuse, est rectiligne dans sa moitié inférieure, sinueuse dans sa moitié supérieure. — Le *sillon de Rolando* est profond et sinueux. — La *pariétale ascendante* est un peu moins développée que la frontale ascendante mais plus sinueuse. — Le *lobule pariétal supérieur* est volumineux, plissé (3 plis) ; il se bifurque en arrière en V qui reçoit entre ses branches le lobe occipital ; il envoie un pli de passage au pli courbe. — Le *lobule pariétal inférieur* composé de trois plis partant de son bord supérieur, l'un descendant le long de la pariétale ascendante à laquelle il envoie un pli de passage, les deux autres allant vers la première circonvolution temporale. — Le *pli courbe* est très sinueux, doublé en arrière d'un pli bifurqué envoyant un pli de passage au lobe occipital. — Le *lobe occipital* est peu développé avec des sillons très superficiels. Un sillon profond partant de son bord inférieur et allant s'ouvrir à la scissure parallèle sépare le lobe occipital du lobe temporal.

Le *lobule de l'insula* présente trois digitations bifurquées. — La *première circonvolution temporale* est sinueuse, assez grosse, envoie deux prolongements au fond de la scissure de Sylvius. — Les *deuxième et troisième circonvolutions temporales* forment une masse ovoïde composée d'abord de deux plis antéro-postérieurs, puis de trois plis transversaux. — Le *lobule lingual* s'arrête loin de l'extrémité du lobe occipital. La *scissure parallèle* s'arrête moins haut que d'habitude et la scissure perpendiculaire vient empiéter de plus de 2 centimètres sur la face convexe.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* très sinueuse reçoit un pli de passage de la circonvolution du corps calleux, ce qui fait que, dans sa partie antérieure, elle offre trois plis parallèles, tandis qu'elle ne possède dans sa partie postérieure que deux plis sinueux. — La *scissure calloso-marginale* est peu profonde. — La *circonvolution du corps calleux* est assez étroite et seulement un peu plissée en arrière. — Le *lobule paracentral* est très irrégulier, très sinueux, avec deux encoches sur son bord supérieur et une autre considérable sur son bord inférieur et un sillon vertical. — Le *lobe carré* est volumineux, très plissé avec des sillons profonds. — Le *coin* est petit ainsi que le *lobe occipital* ; tous les deux ont des sillons peu profonds. — La *circonvolution de l'hippocampe* est courte, lisse, terminée en massue. — La *corne d'Ammon* n'est pas indurée. — Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté.

Lobe orbitaire très plissé, sauf le gyrus qui est uni. — *Corps strié*, *couche optique* et *corps calleux*, rien de particulier.

Hémisphère gauche. — a) *Face convexe.* — La *première circonvolution frontale*, très plissée, présente des sillons, les uns très profonds, les autres superficiels ; elle envoie en avant un pli de passage à la deuxième circonvolution et s'insère sur la frontale ascendante par deux insertions, l'une de niveau faisant partie du bord supérieur, l'autre au fond du sillon. — La *deuxième circonvolution frontale* est très sinueuse ; elle reçoit un pli de passage de la troisième frontale qui vient s'emboîter sur une partie un peu renflée ; elle s'attache par deux insertions au fond du sillon, qui la sépare de la frontale ascendante en formant une sorte de concavité embrassant une partie arrondie de celle-ci. — La *troisième circonvolution frontale* est de même très sinueuse ; elle vient s'insérer sur la frontale ascendante en

bas et en retrait. — Les *sillons* qui séparent les circonvolutions frontales sont profonds. — La *circonvolution frontale ascendante* est sinueuse, rétrécie par places, légèrement oblique de bas en haut et d'avant en arrière. — Le *sillon de Rolando* est profond dans ses trois quarts supérieurs, superficiel en bas. — La *circonvolution pariétale ascendante*, sinueuse, est plus développée que la frontale ascendante; elle envoie un pli de passage aux lobules pariétaux supérieur et inférieur, et au lobe carré. – Le *lobule pariétal supérieur* est très sinueux et envoie un pli de passage au pli courbe et au lobe occipital. — Le *lobule pariétal inférieur* est sinueux, avec des sillons superficiels. —Le *pli courbe* est sinueux, très irrégulier; du sommet de la scissure parallèle partent en rayonnant quatre sillons qui séparent le pli courbe et le rendent ainsi irrégulier; entre le pli courbe et le lobe occipital, il y a une circonvolution qui, en bas, envoie un pli de passage au lobe occipital. — Le *lobe occipital* est composé de circonvolutions petites et plissées. — Le *lobule de l'insula* présente trois digitations toutes bifurquées. – La *première circonvolution temporale*, bien développée, sinueuse, envoie trois plis de passage vers le fond postérieur de la scissure de Sylvius; ils sont volumineux et distincts. – Les *deuxième* et *troisième circonvolutions temporales* sont confondues et formées de plis transversaux; un sillon assez profond les sépare du *lobule lingual*. — La *scissure parallèle* est à peu près horizontale dans tout son trajet, se prolonge jusqu'au voisinage de l'extrémité de l'hémisphère et n'est séparée de la scissure perpendiculaire que par un pli étroit. La scissure perpendiculaire empiète de plus d'un centimètre sur la face convexe.

b) *Face interne.* — La *première circonvolution frontale* est sinueuse et assez développée. — La *scissure calloso-marginale* est assez profonde et très sinueuse. — La *circonvolution du corps calleux* est sinueuse; en avant, entre elle et la première frontale, il existe une *petite circonvolution* qui n'est unie à ces deux circonvolutions qu'à son extrémité inférieure et qui en reste distincte dans tout le reste de son étendue. — Le *lobe paracentral* est assez gros, avec un sillon profond en forme de V ouvert en arrière et en haut. – Le *lobe carré* est composé de plis grêles, séparés par des sillons profonds. — Le *coin*, assez peu développé, est formé d'une seule masse. — La *scissure pariéto-occipitale* est profonde. — Le *lobe occipital* est peu volumineux, sinueux; il envoie un prolongement

à la circonvolution de l'hippocampe et au lobule lingual.— Les *circonvolutions de l'hippocampe*, la *corne d'Ammon*, le *corps strié*, la *couche optique* et le *corps calleux*, le *lobe orbitaire* ne présentent rien de particulier.

Réflexions. — I. Nous n'avons à relever, dans les *antécédents* des ascendants, que l'*alcoolisme* du père et du grand-père paternel et, durant la *grossesse*, les chagrins et les émotions éprouvés par la mère. L'enfant n'a jamais ressemblé aux autres enfants : dès l'âge de deux mois, on s'apercevait que son regard n'était pas naturel ; plus tard, on s'inquiéta du retard de la parole, de la marche et de la persistance du gâtisme. L'ensemble des symptômes observés chez cet enfant, joint à l'*absence de convulsions*, nous a fait penser qu'il s'agissait là d'un cas d'*idiotie congénitale* reconnaissant pour cause un *arrêt de développement des circonvolutions*.

II. Les accidents divers survenus successivement chez cet enfant (diarrhée, tuberculose, rougeole, etc.), n'ont pas permis d'obtenir de résultats sérieux au point de vue du *traitement de l'idiotie*; il n'a pu, en effet, participer aux exercices de la petite école qu'à de rares intervalles. Néanmoins, on était parvenu à lui apprendre à se servir d'une cuiller ; aussi, croyons-nous qu'il appartenait à la catégorie des idiots susceptibles d'une réelle amélioration. Cette opinion repose principalement sur ce fait que la lésion initiale avait achevé son évolution.

III. Parmi les maladies intercurrentes observées chez Assas..., nous insisterons sur la *rougeole* ; non pas parce qu'elle a présenté quelques anomalies, surtout dans le développement de l'éruption, mais parce que, l'enfant étant surveillé à cause de sa tuberculose, il nous a été possible d'avoir la *marche de la température* durant la période prodromique. Le tracé ci-après mérite donc un examen spécial.— La *période prodromique* semble s'être annoncée par une *élévation momentanée de la température* (39°,2 le 2 mai au soir) ; puis la température a baissé, a oscillé durant deux jours un peu au-dessus de 38°) ; enfin le jour du début de l'*éruption* elle a monté à 39°,6 pour atteindre son maximum vers la fin du premier jour de l'éruption

(*Fig.* 8). Les oscillations suivantes sont peut-être dues à ce fait que l'éruption s'est produite péniblement (1).

IV. Les lésions notées du côté du *cerveau* consistaient en un arrêt de développement relatif des *circonvolutions*

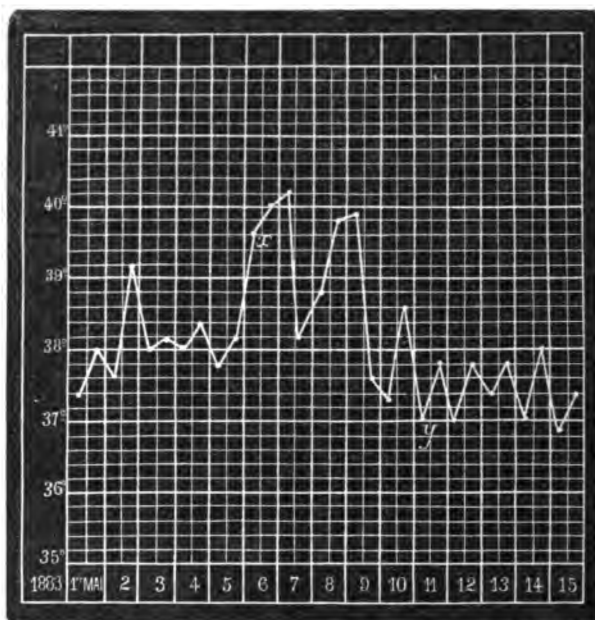


Fig. 11. — *x*, début de l'éruption. — *y*, fin de l'éruption.

cérébrales; il n'y avait aucune lésion en foyer ni aucune trace de sclérose atrophique ou hypertrophique. Mentionnons encore, un peu à titre de curiosité, l'*hypertrophie de la glande pinéale.*

V. Deux autres faits intéressants ont été remarqués chez ce malade : un *phimosis* très prononcé et une *malformation des reins.* Il serait superflu d'insister sur le phimosis;

(1) Nous rappelons à nos lecteurs que le *Progrès médical* a publié à diverses reprises, et notamment en 1882-1883, des observations nombreuses sur la *température* dans la rougeole.

nous y reviendrons lorsque nous exposerons dans un travail spécial l'ensemble des malformations des organes génitaux que nous avons eu l'occasion d'enregistrer très fréquemment chez les épileptiques et chez les idiots.

Les cas de *rein en fer à cheval* sont loin d'être rares (1). Tantôt l'union se fait par l'extrémité supérieure, tantôt par l'extrémité inférieure. Les auteurs diffèrent d'opinion sur la fréquence de l'un ou de l'autre de ces modes d'union. Au premier abord il semblerait qu'elle dût se produire plus facilement par les extrémités supérieures, qui sont plus rapprochées l'une de l'autre. Dans les cas où l'union se fait par l'extrémité inférieure, la disposition des vaisseaux, celle des autres parties du rein, de l'uretère, etc., porteraient à admettre que cette union n'a pu se faire que par suite d'une sorte de bascule du rein, la face antérieure devenant postérieure et réciproquement.

Nous ne saurions nous prononcer définitivement à cet égard ; en compulsant les observations, il nous a semblé que la fréquence de ces deux formes était à peu près la même. Nous avons vu personnellement l'un et l'autre des cas dans lesquels l'union avait lieu par l'extrémité supérieure, ou par l'extrémité inférieure.

Malgré le peu de rareté du rein en fer à cheval, nous avons cru devoir présenter cette pièce à la Société, parce que, d'une part, la position antérieure des uretères n'est jusqu'à présent que rarement notée dans la plupart des cas publiés (2) et que, d'autre part, il est généralement accepté (3) que cette malformation rénale ne produit aucun

---

(1) Il serait fastidieux de donner ici la bibliographie (qui ne saurait du reste être complète) des cas de reins en fer à cheval. Des observations nombreuses en ont été publiées depuis longtemps ; on en trouve entre autres un grand nombre citées dans Morgagni : *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*, 48e lettre, p. 398, T. VII. Edition française de 1822 ; et dans Rayer, *Traité des maladies des reins*, T. III, p. 770, 1841.

(2) Il est vrai de dire que très souvent la position des uretères, n'est pas mentionnée. Le cas figuré dans l'*Atlas de Rayer* (pl. III fig. 5), est presque identique au nôtre, uretères en avant, artères médianes provenant de l'aorte un peu avant sa bifurcation, etc.

(3) Lancereaux, art. *Rein* (pathologie) in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3e série, t. III, p. 172.

trouble physiologique. Or, l'enfant Assas..., qui fait l'objet de cette observation, a éprouvé des *troubles de la miction* évidemment dus à une compression plus ou moins prononcée des uretères, ce que l'examen nécroscopique a confirmé. Il est donc hors de doute que dans les cas de reins en fer à cheval, unis par leur extrémité inférieure il peut exister des troubles physiologiques dus à la compression des uretères, quand ceux-ci se trouvent situés en avant du fer à cheval.

VII.

Instabilité mentale avec perversion des instincts;

Par Bourneville et Budor.

La section des enfants de Bicêtre comprend, à côté des idiots, des imbéciles, des épileptiques et des hystériques, un groupe d'enfants dont l'intelligence offre un développement ordinaire, qui n'ont pas d'accidents convulsifs et que l'on désigne généralement sous le nom d'*impulsifs*. Ils présentent un *phénomène commun*, c'est qu'ils sont atteints d'une véritable *instabilité mentale* : se plaisant ici aujourd'hui, demain voulant être ailleurs ; demandant à être menuisier le lundi et le samedi, déjà dégoûtés, voulant exercer une autre profession. Mais, tandis que les uns ont conservé à peu près complète la notion du sens moral, les autres sont affectés d'une perversion des instincts souvent très prononcée et qui les conduit à commettre les actions les plus blâmables. L'observation qui suit est un bel exemple d'*instabilité mentale avec perversion des instincts*.

Observation. — *Père : onanisme, tentative de suicide ; mort d'apoplexie. — Mère migraineuse. — Grand-père maternel apoplectique. — Oncle maternel aliéné ; cousin germain et sœur morts de convulsions.*

Allaitement par une nourrice aliénée. — Développement physique et intellectuel lent. — Impulsions morbides précoces : clastomanie. — Noctambulisme. — Accès de colère. — Crises somnambuliques. — Tentative de sodomie (?). — Onanisme. — Rapports sexuels avec les

six sœurs (13 *ans*). — *Excès alcooliques* (14 *ans*). — *Impulsions homicides.* — *Insolation.* — *Empoisonnements accidentels.* — *Kleptomanie.* — *Crise convulsive* (16 *ans*). — *Frayeurs nocturnes* (*épilepsie larvée ?*) *Céphalalgies.* — *Grimpeur.* — *Première admission à l'Asile clinique.* — *Accidents hystériques.* — *Idées érotiques.* — *Tentative d'évasion et de suicide.* — *Tænia.* — *Sortie de l'Asile.*

Professions multiples : mécanicien, horloger, garçon pharmacien, emballeur, cordonnier, tôlier, jardinier, etc., etc.

Seconde admission à l'Asile clinique. — *Envoi à l'Asile de Vaucluse*. *Evasions;* — *Vision colorée;* — *Complot pour incendier la colonie;* — *Envoi à Bicêtre.*

Etat physique et intellectuel à l'entrée. — *Traitement : Ecole, gymnastique, enseignement professionnel, etc.* — *Marche de la maladie.* — *Tentatives de simulation.* — *Amélioration progressive.* — *Entraves administratives à la sortie du malade : lettre et arrêté du Préfet de police.* — *Sortie définitive* (*juillet* 1883). — *Etat de S... depuis sa sortie jusqu'à ce jour.*

Si..., Marius, Eugène, né à Paris, le 7 janvier 1866, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 4 novembre 1882, à l'âge de 16 ans.

Renseignements fournis par sa mère. — *Père* mort en 1878, à l'âge de 78 ans, d'une attaque d'*apoplexie*, en quatre jours; très grand « bel homme », domestique « dans les grandes maisons »; il était sobre, fumait peu. Il n'avait pas de migraines, mais était sujet à des douleurs de tête et avait habituellement la face congestionnée. Il s'est marié à 54 ans; avant cette époque, et même depuis, il se livrait à l'*onanisme*. A partir de son mariage jusqu'en 1878, pas de maladies. A 57 ans, *tentative de suicide* à la suite de pertes d'argent. — [Son *père*, aubergiste, est mort on ne sait de quoi; on ignore s'il buvait. — Sa *mère* est morte à 63 ans; la cause de la mort est inconnue. — Quatre *frères* et *sœurs* sont également morts sans qu'on sache de quelle maladie. Une autre *sœur* est morte en couches, laissant une fille âgée aujourd'hui de 59 ans, bien portante, mais très nerveuse. Cette femme a eu elle-même 11 enfants, dont 9 sont morts: 2 du choléra, 1 de la poitrine, 1 de « jalousie »; les 2 survivants sont bien portants. — Pas

d'aliénés, d'épileptiques, d'apoplectiques, de difformes, de suicidés, de criminels dans la famille.]

Mère, 55 ans et demi, lingère. Taille moyenne; visage régulier. — Très nerveuse, elle est sujette à des accès de pleurs et à des congestions céphaliques. — Pas de convulsions dans l'enfance. Réglée à 11 ans et 4 mois; très peu de temps après, *migraines* venant presque toujours avant les époques menstruelles : « je rendais beaucoup ». Souvent, alors, elle voyait des lumières bleues, blanches, jaunes, et cela des deux yeux. Mariée à 27 ans, elle assure ne pas avoir eu de rapports sexuels avant le mariage. A partir du mariage, les migraines cessent. De 32 à 37 ans, *étourdissements* qui ont repris depuis la ménopause (51 ans).—[Son *père* est mort à 73 ans, à sa 3e *attaque de paralysie*, en quatre heures; il était sobre.—Sa *mère* est morte d'une frayeur qui « arrêta le sang (?) »; elle n'était pas nerveuse.— *Grand'mère maternelle*, morte à 90 ans des suites d'une chute. Pas de renseignements sur les autres grands-parents. Deux *frères* : l'un mort à 48 ans d'une pneumonie, laissant 6 enfants en bonne santé, sans accidents nerveux. — L'autre frère a eu, à 25 ans, un court *accès de folie* (il voulait se jeter dans un puits); il a eu quatre enfants et en a perdu 3, dont l'un de *convulsions*; le quatrième est en bonne santé.—Une sœur, morte à 16 ans et demi « ne pouvait être réglée ». — Ni aliénés, ni épileptiques, etc.]

Pas de consanguinité (père breton, mère marseillaise).

3 *enfants* : 1° Fille morte à 14 mois, de *convulsions;* 2° *notre malade*, né dix ans après; 3° une fausse couche de 3 mois, à la suite d'une frayeur.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, les parents vivaient, comme toujours, en bonne intelligence. *Grossesse* bonne; pas de coups, de chutes ni de constriction du ventre; pas d'alcoolisme, ni d'excès d'aucune sorte. *Accouchement*, 3 semaines avant terme (déterminé par une émotion), naturel, sans chloroforme. *A la naissance*, pas d'asphyxie; l'enfant était petit mais gros. Il a été *élevé au sein*, en nourrice. A 7 mois et demi, la nourrice fut prise d'un *accès de manie* (?) et ne sévra pas l'enfant. Coqueluche à 8 mois. S... a marché à 21 mois et a parlé à 3 ans. Pas d'otite, d'ophtalmies, ni de dartres; quelques croûtes dans les cheveux. Même durant l'*infance*, il a toujours été « très drôle », il aimait à détruire, à prendre les objets et à les cacher.

A 5 ans, il va pour la première fois à Marseille, où il reste jusqu'à 7 ans. A 6 ans, il a pris l'*habitude de se lever la*

nuit; le matin, on le trouvait endormi sous son lit; il a conservé cette habitude jusqu'à 16 ans. Pendant son séjour à Marseille, il a failli s'*empoisonner* avec de « petits grains rouges » dont on n'a pu préciser la nature. — A 7 ans, retour à Paris; huit jours après, il a la *scarlatine*, puis la *rougeole*, à peu d'intervalle. Ce n'est qu'après ces maladies, qu'il a commencé à devenir tout à fait propre. Une fois rétabli de ses fièvres éruptives, on l'envoya à l'école; il s'y montra turbulent (on l'appelait *polichinelle*).— Il grimpait sur les autres, n'avait peur de rien; jamais, cependant, il ne faisait l'école buissonnière.

S... n'était pas plus calme en dehors de l'école : il dégradait les murs, arrosait les passants avec le contenu de la bouteille qu'il emportait à l'école, ouvrait les robinets de gaz, versait de l'huile dans les escaliers, etc. De là des plaintes incessantes, qui obligeaient ses parents à déménager. Souvent, il entrait dans de *violentes colères*, durant lesquelles il se jetait par terre, ou frappait les personnes présentes, petites ou grandes; ces violences ne finissaient pas par des pleurs. A la même époque, on a observé de temps en temps des accès de *fièvre de croissance*; il restait huit jours sans manger.

Vers 7 ans et demi, une nuit, à 4 heures du matin, il jette un cri; sa mère accourt, le trouve immobile dans son lit, les yeux ouverts, le corps et les membres souples, un peu d'écume non sanglante à la bouche. Il paraissait complètement insensible. On put passer une petite cuiller entre les dents pour le faire boire. Cette *crise*, qui ne se compliqua pas d'évacuations involontaires, dura deux heures; puis S... revint à lui comme s'il s'éveillait d'un sommeil naturel. Au médecin qui l'interrogeait, il répondit : « Je voyais mon papa, je rêvais ». Ce médecin parla de *crise de somnambulisme*.

A 8 ans et demi, il retourna à Marseille, où il demeura un an. Pendant ce séjour, il eut une pneumonie. Là, pas plus qu'à Paris, on ne put rien en faire; c'était « un mouvement perpétuel ».

Rentré à Paris à 9 ans et demi, on le plaça chez l'abbé Roussel, à Auteuil. Il y resta jusqu'à 12 ans. — Etant dans cet établissement, il dit avoir été l'objet de *tentatives de sodomie* de la part d'un jeune abbé, qui l'emmena dans une cave et lui promit un porte-monnaie s'il voulait se laisser faire. S... se débattit, et l'abbé ne put arriver à ses fins (?). — C'est également à cette époque qu'on se serait aperçu qu'il se livrait à l'*onanisme*.

En sortant de cette maison, il essaya successivement

plusieurs métiers : mécanicien, horloger, emballeur, cordonnier. Pendant ce temps, il eut successivement des *rapports sexuels avec six petites filles* de la même famille, dont l'aînée avait 13 ans et la plus jeune 4 ans. A propos de cette dernière seulement, en raison de son très jeune âge, il manifeste des regrets : « Je ne savais, dit-il, ce que je faisais ; je faisais des bêtises ». Ses rendez-vous avec ses petites amies avaient lieu à Passy, sur le bord de la Seine; ils se cachaient entre deux barques qu'ils mettaient l'une sur l'autre. Il avait l'habitude d'écrire tout ce qui se passait entre lui et ces fillettes et cachait ses manuscrits sous le parquet de sa chambre.

A 14 ans, il va en Afrique, et y reste un an. Ses impulsions mauvaises persistaient : il cassait et sciait les arbres, etc., d'où un procès. Il fréquentait les Arabes, buvait beaucoup de café, d'anisette et d'*absinthe*. Un jour, sous l'influence de l'*ivresse absinthique*, il aurait voulu tuer sa cousine âgée de 6 ans. Pendant son séjour en Algérie, S... a eu une *insolation*, pour laquelle il a été soigné à l'hôpital de Constantine : il était roide, tout noir, avait les dents très serrées ; il fut sans connaissance de 3 à 6 heures du matin. — A Marseille, retour d'Alger, il se plaça comme garçon pharmacien, et s'*empoisonna* accidentellement, comme la première fois d'ailleurs, avec du miel phosphorique; il fut malade deux jours environ. Il avait alors 15 ans.

Rentré à Paris, on le mit en apprentissage chez un cordonnier. Peu après, ayant touché sa paie, il alla avec un de ses camarades, chanteur ambulant, âgé de 17 ans, dans une maison publique, et y eut pendant huit jours, tous les jours, des rapports sexuels avec l'une des femmes. Il continuait, d'ailleurs, à se masturber. Un peu plus tard, il est employé chez un tôlier, rue Pascal, auquel, avec l'aide d'un camarade, il déroba des pièces de 50 centimes (cela, d'ailleurs, lui arrivait déjà étant enfant, lorsqu'il faisait des commissions pour sa mère). Avec l'argent volé à son patron, et celui qu'il gagnait, il achetait des bagues pour deux filles de 14 et 17 ans, ses bonnes amies, qu'il fréquentait simultanément. Elles habitaient comme lui rue du Moulin-des-Prés, et ils se donnaient rendez-vous dans les champs voisins. Ajoutons que s'il ne s'enivrait plus, il buvait encore de temps en temps, et que, le matin, en se rendant à son travail, il prenait un petit verre de rhum.

C'est vers cette époque, qu'il eut de *nouveaux accidents cérébraux*. Après avoir éprouvé de la céphalalgie et perdu l'appétit pendant trois jours, il est pris, un matin, d'une *crise convulsive* : Il jette un cri, on accourt, et on le trouve

le corps dans l'extension, rigide; les dents serrées. Au bout de deux à trois minutes, apparaissent quelques convulsions cloniques dans les membres, suivies bientôt d'un relâchement général et d'un sommeil d'une demi-heure. On ne remarqua ni écume, ni sang; on ne sait s'il avait uriné dans son lit. Après cette crise, forte céphalalgie et courbature. S .. ne gardait, du reste, aucun souvenir de ce qui s'était passé. Les nuits suivantes, il se promena dans les chambres, sur le balcon; le lendemain, il ne se rappelait pas ses promenades.

En dehors de cette attaque et de celle qu'il a eue à 7 ans et demi, la mère de S... raconte qu'elle a quelquefois remarqué de petites taches de sang sur son oreiller, et, plus rarement, des traces d'urine dans le lit ou dans le pantalon. Depuis longtemps déjà, il avait des *frayeurs nocturnes*, criait, se couchait sous son lit. Souvent, il souffrait de la tête, « il lui semblait qu'on le frappait avec un marteau ».

En raison de ces symptômes, de la persistance des accès de colère, de l'irrégularité de sa conduite, des actes répréhensibles qu'il commettait (grimpant sur les toits des maisons voisines, introduisant des pois, des cailloux dans le trou des serrures pour empêcher les gens de rentrer chez eux ; se couchant par terre, le soir, en travers de leur porte afin de les effrayer; répandant de l'huile sur les escaliers, etc., etc.), sa mère le plaça à l'Asile clinique (Sainte-Anne) le 10 septembre 1881.

Durant tout son séjour, qui dura 4 mois, on observa des *accès de colère* avec hurlements : il cassait les carreaux, déchirait ses vêtements. Ses frayeurs nocturnes continuaient, et lorsqu'on lui demandait pourquoi il se cachait sous son lit il disait : « Je crois voir des hommes, des bêtes qui veulent me prendre ». Pendant assez longtemps, on ne remarqua rien autre chose ; mais le 7 octobre 1881, ses camarades de chambre l'entendirent tout à coup se mettre à râler pendant quelques minutes ; en même temps, ils le voyaient agité de fortes secousses. Puis, il se mit à crier : « Au secours ! au secours! Pompez! pompez! Ah! les feignants, qui ne veulent pas apporter de l'eau. Au secours! ». Après une demi-heure, il demanda tout haut : « Où suis-je? ». Le matin, à la visite, S... dit qu'il a mal à la tête, et paraît un peu hébété; il prétend ne se souvenir de rien, et semble étonné de ce qu'on lui raconte. Pas de morsure à la langue, ni d'urine dans le lit.

Il n'eut pas d'autres attaques à Sainte-Anne; mais il se plaignait d'un mal de tête continu, localisé à l'occiput; de *douleurs* et de piqûres le long de la colonne vertébrale; de

douleurs vagues dans l'estomac, la jambe gauche; d'un mal de gorge revenant par accès : « c'est souvent, disait-il, comme une boule qui me remonte à la gorge, qui m'étrangle, qui m'empêche de dormir »; enfin, de bourdonnements d'oreilles. Parfois, il prétend avoir de la peine à marcher, ou à se lever s'il est assis; il dit que cela ne dure « qu'un instant ». Ses voisins, interrogés, affirment qu'à ces moments, ils n'ont rien remarqué de particulier chez lui, ni pâleur subite, ni mouvements convulsifs, etc.

D'ailleurs, toujours turbulent, il se dispute avec ses camarades, les taquine, les injurie, les frappe avec une pierre roulée dans son mouchoir; ou bien il veut leur faire manger des matières fécales, urine sur eux, leur montre ses organes génitaux et offre de les masturber. Il écrit souvent des phrases telles que celles-ci : « J'aime Célestine, je la vois en rêve; je lui ai donné de l'argent, des sous, des bonbons », ou encore : « Je ne pense qu'aux filles, je n'ai que ça dans la tête, je veux les.... ». Il dit aussi avoir composé des manuscrits : le *Mémoire d'un amoureux*, l'*Amour et la Victoire*, qu'il aurait cachés dans la terre. Il tente continuellement de s'évader par-dessus les murs ou par les portes. Une fois, il a essayé de se pendre. Comme maladie incidente, il eut, à Sainte-Anne, un *tænia*. On lui administra du kousso, qui expulsa un ruban de 10 mètres, mais sans la tête (1).

Bien que l'état mental, ainsi qu'on vient de le voir, ne fut pas sensiblement modifié, sa mère, cédant à ses instances, demanda à le reprendre en janvier 1882. C'est alors qu'elle le conduisit à Necker, auprès de la sœur Augustine, qui lui donna une potion contre le tænia à la suite de laquelle il rendit vingt mètres y compris cette fois la tête. Durant le premier mois, il fut assez tranquille; il travaillait au Jardin des Plantes ; bientôt on le renvoya parce qu'on le surprit se masturbant avec un de ses camarades. Peu après (20 avril 82) sa mère le fit admettre à l'Ecole d'horticulture de Villepreux. Il y resta peu de temps, et essaya, dit-il, de s'y tuer avec un couteau. Bientôt il s'évada.

Voici, au sujet de son séjour à Villepreux, la lettre que nous avons reçue de M. Guillaume, l'habile directeur de l'école, interrogé par nous :

Monsieur,

Le jeune Sim... est arrivé chez moi le 20 avril 1882. Il n'était

(1) Les renseignements relatifs au séjour de S... à l'Asile clinique nous ont été fournis par notre ami M. Magnan.

pas mauvais sujet, mais quand il avait une idée en tête, aucun raisonnement ne pouvait lui faire changer sa détermination. Il se réveillait le matin en proie à des *hallucinations*; il voyait une *chouette* partout, et avait fini par effrayer ses camarades. C'est alors que que je priai l'Administration de le placer dans une maison où il pourrait être traité. L'enfant ne m'a pas donné le temps de le reconduire ; le 2 mai, il prit tout seul le chemin de Paris, profitant d'un moment où il n'était pas gardé à vue, et se rendit directement chez sa mère.

Agréez, etc. Signé : L. Guillaume.

Sa mère fut bientôt obligée de le reconduire à Sainte-Anne où il ne resta, cette fois, que 9 jours, au bout desquels on l'envoya à la Colonie d'enfants idiots et arriérés de l'asile de Vaucluse. Son instabilité mentale était la même. Il *s'évada* une première fois avec son camarade Derangi... Arrêté au moment où il volait du raisin dans les vignes il est reconduit à Sainte-Anne et réexpédié de suite à Vaucluse. Peu après il s'en échappe de nouveau et va droit chez sa mère ; il raconte qu'en y arrivant, comme il voulait s'asseoir, subitement, une *couleur bleue* lui passa devant les yeux, et il tomba. Il ne se rappelle pas ce qui suivit cette chute.

Sa mère le reconduit à Vaucluse au bout de 12 jours. Ses mauvaises habitudes persistent; pour un prétexte futile il frappe un gardien. Il se livre à *l'onanisme*. Vers le milieu d'octobre 1882, il se met à la tête d'une quinzaine de ses camarades pour organiser un complot consistant à mettre le feu à la colonie et à s'échapper à la faveur du tumulte. Ils avaient ramassé des copeaux qu'ils allaient allumer quand un gardien survint. A cette occasion, M. le docteur Bigot demanda le transfert de S... à Bicêtre, et fit, en conséquence, le certificat suivant :

« Je soussigné, médecin en chef, directeur de Vaucluse, certifie que le nommé S..., âgé de 16 ans, jardinier, est atteint de débilité mentale avec instincts mauvais. Il se dit épileptique, et dit avoir eu des accès chez lui il y a 7 ou 8 jours, lors de sa seconde évasion de Vaucluse. Constamment, il bat ses camarades les plus faibles, ou les excite à s'évader. Hier il a comploté de mettre le feu ; s'il eût réussi, il eût incendié la colonie. Pendant l'incendie, il devait se sauver avec 7 de ses camarades. Vicieux, il a fait partie d'une bande de vauriens pendant sa seconde évasion ; il en était le chef, dit-il, sous le sobriquet de « la Giberne », et il s'en vante. Tous avaient des maîtresses (1).

(1) C'est à Vaucluse même que ce surnom lui a été donné, et, à maintes reprises, S.... nous a assuré qu'il n'avait jamais com-

En somme, son caractère est celui d'un épileptique méchant, mais il n'a pas eu d'attaques ici ; on n'a reconnu qu'une méchanceté sournoise et tenace qui le rend impossible à Vaucluse. Sa place est à Bicêtre, peut-être dans une maison de correction.

Signé : Dr Bigot.

Entré à Bicêtre le 4 novembre 1882. — *Etat actuel.* — *Poids* : 41 kilogr. ; *Taille* : 1m,48.

La *tête* est régulièrement conformée ; la région occipitale est très peu saillante et présente un large méplat à sa partie supérieure. Les bosses pariétales ne sont pas exagérées. Le *front*, assez haut (6 cent.), offre des dépressions sur les côtés, et à un moindre degré au-dessus des sourcils. Les bosses frontales sont peu proéminentes.

Circonférence horizontale.	51	cent.
1/2 Circonférence biauriculaire d'un pavillon à l'autre.	33	—
1/2 Circonférence biauriculaire d'un conduit à l'autre.	36	—
1/2 Circonférence de la racine du nez à la protubérance occipitale externe	15	—

Les *oreilles* sont longues (7 cent.), assez bien ourlées, peu larges, moyennement écartées ; leur lobule est arrondi et détaché. Derrière l'oreille gauche, en bas et au-dessus du lobule, existe une cicatrice irrégulière due à un arrachement (1). — Il n'y a pas de lésions *oculaires* ; l'iris est brun ; les pupilles sont égales. Les *régions malaires* sont peu saillantes, égales. Le *nez* est aquilin, les narines ouvertes, les ailes du nez un peu relevées. La *bouche* est assez grande ; les lèvres sont épaisses ; on note un léger prognatisme. Les sillons naso-labiaux sont très creusés. Le *menton* est légèrement pointu. Le *visage* est ovale. — On ne constate pas la moindre asymétrie faciale.

Le *cou*, assez long, mesure 31 cent. de circonférence. Le *tronc* est bien conformé. La circonférence du thorax (à l'expiration) au niveau des mamelons est de 73 cent. 5. — Le *bassin* est normal.

Membres supérieurs. Ils sont bien développés, égaux. Les *mains* sont assez larges, les *doigts* longs.

---

mandé d'autre bande que celle de la colonie composée de ses complices.

(1) Il a eu l'oreille déchirée par le maître d'une petite pension où sa mère l'envoyait.

Membres inférieurs bien conformés. Ils ont les mêmes dimensions.

Peau. Cheveux châtains-foncés, assez abondants. *Sourcils* moyennement fournis. *Cils* assez longs. Très fin duvet à la lèvre supérieure. Rien aux aisselles. Poils rares au pénil et à la racine de la verge. Quelques poils sur les membres inférieurs. Tronc et membres supérieurs glabres. Pas de glandes. Deux cicatrices de vaccine très apparentes sur chaque bras. Par suite d'une plaie contuse, cicatrice de 3 cent., un peu sinueuse, sur le bord cubital de la main gauche. — *Ongles* assez mal conformés. Verrues sur le dos des mains et les doigts. Pigmentation assez marquée de toute la peau.

Organes génitaux.—Verge assez longue ; gland moyennement développé, découvert. Méat étroit. Testicules assez gros, égaux.

Système digestif.— La *dentition* est régulière ; la voûte palatine peu profonde. Les gencives sont en bon état. La luette et les piliers sont normaux; l'amygdale gauche est volumineuse, le fond de la gorge rouge. L'appétit est bon, sans perversion ; le ventre est normal ; les selles sont régulières. Le *foie* et la *rate* n'offrent rien de particulier.

Système respiratoire. — S... tousse assez souvent ; il n a jamais eu d'hémoptysie. L'auscultation et la percussion donnent des résultats négatifs.

Système circulatoire. — Les battements du cœur sont réguliers. Pas de bruits anormaux. Le pouls est régulier. Les muqueuses sont pâles. S... prétend que dans la course il a des points de côté. Il est sujet à des épistaxis qui s'arrêtent spontanément.

Force musculaire. — On trouve, au *dynamomètre* Mathieu, moyen :

Main droite	39
Main gauche.	38

Sensibilité générale. — Elle paraît conservée dans ses différents modes (chaleur, froid, contact, piqûre, chatouillement) et égale des deux côtés. On ne découvre pas de zone hystérogène.

Organes des sens. — L'*ouïe* est un peu diminuée à *droite*, ce que l'enfant attribue à l'arrachement de l'oreille

cité plus haut; il n'a jamais eu d'otite. Il dit avoir des bourdonnements et des sifflements dans les oreilles. La *vue* est bonne des deux côtés, il distingue bien les couleurs. Il ne voit pas de phosphènes, etc. L'*odorat* et le *goût* sont conservés.

Intelligence. — Elle est moyennement développée. La *mémoire* est très faible. La *parole* est libre; l'association des idées est exacte. S... se rend compte qu'il a commis de mauvaises actions et semble le regretter.

Dès son entrée, il est envoyé à l'école et placé dans la 3e division; l'instituteur nous remet la note ci-après: *Lecture* courante, mais sans expression; *calcul*, S... commence la multiplication; *histoire*, *géographie*, aucune notion: *mémoire* très faible; compréhension lente; attention insuffisante; *gymnastique*, S... entre dans la dernière (4e) division.

Marche de la maladie. — *7 novembre.* Dans la nuit du 4 au 5 novembre 1882, il s'est réveillé en sursaut, s'est assis sur son lit, agitant les bras, disant : « D'quoi qu'tu te t'mêles? » Interpellé, il répond qu'il n'a rien, et se rendort immédiatement.

8 *novembre.* La nuit dernière, S... s'est réveillé 4 ou 5 fois; il s'assied sur son lit, gesticule, prononce quelques paroles très vivement; puis, sans qu'on lui ait rien dit, il se recouche et s'endort. Les nuits suivantes on n'observe rien de particulier.

18 *novembre.* On l'envoie à la *menuiserie* 2 heures par jour.

11 *décembre.* Amygdalite légère.

13 *décembre.* S... se plaint d'être courbaturé à cause « *d'accès de somnambulisme* » qui le fatiguent. La *sensibilité* est diminuée dans toute la moitié *gauche* du corps.

18 *décembre.* Hier, vers 9 heures du soir, S... est sorti de son lit, s'est mis à tâtonner, paraissant chercher quelque chose. Puis, brusquement, il a arpenté la salle à grands pas, comme s'il poursuivait quelqu'un. De temps en temps, il dit assez distinctement : « Attends, le voilà, je l'attraperai tout de même, il faut que je lui casse les reins. » Son allure s'accélère alors, comme s'il croyait atteindre le but de sa poursuite. Après avoir fait plusieurs fois le tour de la salle, il se heurte à une armoire et se réveille. Il s'arrête alors près du veilleur qu'il paraît reconnaître, et comme cet homme lui demande ce qu'il cherche, il répond « Vi-

gnan (1). » Que lui veux-tu ? « Je veux le tuer. » Il paraît à ce moment avoir parfaitement conscience de ce qu'il dit, et peut-être ne parle-t-il ainsi que dans le but d'effrayer ses camarades qui se sont réveillés. Cette scène a duré une demi-heure. Ensuite S... se laisse coucher sans difficulté, mais il se relève au bout d'un quart d'heure pour se promener. Il vient bientôt se recoucher de lui-même et s'endort.

28 *décembre*. S... se lève et parcourt la salle en disant qu'il va chercher du papier. On le recouche, et, presque aussitôt, il tente de s'habiller et d'ouvrir la fenêtre pour se sauver. Tout cela ressemble à de la simulation.

30 *décembre*. S... se glisse sous les lits et essaie d'effrayer ses camarades. Il se laisse facilement recoucher et s'endort.

1883. 12 *janvier*. Depuis deux jours, le malade se plaint de la gorge qui est légèrement rouge ; pas d'adénite. Ces accidents disparaissent en quelques jours. Pendant les mois de janvier et février, S... est assez calme.

Février. Amélioration sensible. Nous promettons au malade de l'envoyer en congé, durant quelques jours, chez sa mère, si sa conduite ne laisse rien à désirer.

7 *mars*. Il est allé en congé de 5 jours et sa mère assure qu'il a été très raisonnable.

13 *mars*. Aucun phénomène particulier ne s'est produit. Depuis qu'il est à Bicêtre, S... dit ne plus entendre de voix, mais se plaint de sifflements qu'il compare au repassage de couteaux ; ces sifflements, toutefois, deviendraient moins fréquents. Il accuse aussi de violents maux de tête venant surtout le soir, et occupant tout le pourtour du crâne. Il est d'ailleurs raisonnable, et a cessé de se masturber, « dans la crainte, dit-il, de devenir idiot. »

11 *avril*. S... a eu un congé de 15 jours. Pendant ce temps, conformément à notre désir, il a travaillé, non pas, ainsi que nous l'avions conseillé chez un menuisier, mais chez un émailleur photographe qui en est très content. Sa mère, qui le ramène, dit également avoir été très satisfaite de sa conduite. Si elle ne l'a pas placé chez un menuisier, c'est parce qu'on ne voulait lui donner que 50 centimes par jour, tandis que chez le photographe il reçoit 2 francs.

Ce jour-là, sa mère promettant de le surveiller, nous renouvelons le congé afin qu'il ne perde pas sa place, et nous faisons le certificat de sortie.

(1) C'est le nom d'un des enfants du service.

17 *avril*. Nous recevons par erreur la lettre suivante qui était destinée à M. le Dr Blachez, chargé par la Préfecture de police, de l'inspection des enfants à Bicêtre :

Paris, 17 avril 1883.

Monsieur,

Le 12 courant, M. le Directeur de Bicêtre m'a transmis sur le nommé S.... Marius Eugène un certificat médical ainsi conçu :

« Instabilité mentale avec perversité des instincts ; peut être rendu à sa mère qui le réclame ; s'est amélioré sous tous les rapports ; envoyé en congé d'essai pendant 15 jours, il s'est très bien conduit. »

D'autre part, à la date du 22 octobre précédent, le directeur de Vaucluse m'a adressé sur ce malade un certificat détaillé dont je vous envoie ci-joint copie (1), d'où il résulte que le nommé S..., qui s'est plusieurs fois évadé de divers asiles où il était interné, et dont les instincts semblent pervers, aurait de mauvaises habitudes, et pourrait, à l'occasion, devenir dangereux pour son entourage.

Afin d'apprécier si ce jeune homme doit être rendu à la liberté, je tiens à connaître votre opinion sur son état mental actuel. Je vous prie, en conséquence, de vouloir bien examiner S..., et me transmettre le plus tôt possible un certificat avec conclusion formelle au point de vue de la sortie du malade, ou de sa maintenue dans un asile d'aliénés.

Recevez, etc.

Pour le Préfet de Police,
Le chef de la 1re division.
X...

Cette lettre ayant été renvoyée à M. Blachez, celui-ci a répondu la lettre qui suit au directeur de Bicêtre.

23 avril.

Monsieur,

Par une lettre du 19 avril, vous voulez bien me donner avis de la sortie du jeune S..., rendu provisoirement à sa famille par M. le Dr Bourneville, et vous me demandez s'il me convient de visiter cet enfant. Mes attributions ne comportent aucun contrôle de ce genre sur une sortie jugée nécessaire par le médecin du service qui peut, *mieux que tout autre*, apprécier l'état de son malade.

Agréez, etc.

Dr Blachez, *médecin inspecteur des services d'aliénés de Bicêtre.*

19 *avril*. Nous voyons S... avec sa mère. Sa conduite est régulière ; mais, comme son travail le retient tard, afin d'éviter les mauvaises rencontres, sa mère lui cherche une autre place. N'ayant pas de réponse de la Préfecture de

(1) Voir ce certificat à la page 154.

police, on renouvelle le congé, et on fait un second certificat de sortie.

30 *avril*. S... quitte la photographie sur le désir de sa mère, et entre chez un fabricant de couleurs qui est, nous assure-t-on, très satisfait de sa conduite et de son travail. Cependant cet homme, interrogé plus tard par l'un de nous, dit que S..., qui n'est resté que fort peu de temps chez lui, s'est montré cachottier, de mauvais caractère ; il ajoute qu'il se tenait assez mal comme propreté.

Quelques jours après le second certificat, l'un de nous a adressé au Préfet de police une lettre lui signalant l'absence de réponse aux deux certificats ; à cette lettre M. le Directeur de Bicêtre a reçu la réponse qu'on va lire :

Monsieur, Par votre lettre du 28 avril dernier, vous m'avez prié de régulariser la situation du jeune S..., qui, en vertu d'un congé temporaire, a quitté Bicêtre où il avait été interné d'office, et n'y est pas rentré depuis lors.

Vous ajoutez que ce jeune garçon ne doit plus retourner à l'Asile, et qu'il a été placé par sa mère chez un patron qui se trouve satisfait de sa conduite.

Mon administration, dans aucun cas, ne peut procéder de la sorte ; elle le peut encore moins dans l'espèce actuelle. Il s'agit en effet d'un jeune garçon qui a déjà été séquestré quatre fois dans les asiles d'aliénés, qui s'est montré pendant longtemps animé de mauvais instincts ; qui a été, jusqu'ici du moins, sujet à des impulsions matérielles tellement dangereuses, qu'il n'a pu être conservé à Vaucluse, et a dû être transféré dans votre établissement à la suite du complot qu'il avait formé, et qui consistait à mettre le feu à la colonie, afin de pouvoir, au milieu du tumulte, s'évader avec 7 de ses camarades. Je dois ajouter qu'il se vantait d'avoir été avant la séquestration *le chef d'une bande de jeunes malfaiteurs sous le pseudonyme de la Giberne.*

C'est en présence de ce grave antécédent, que pour mettre complètement à couvert la responsabilité de l'Administration, j'ai cru devoir, après la réception du certificat à fin de sortie que vous m'avez transmis le 12 avril, charger M. le docteur Blachez de visiter le jeune S.., et de me fournir un certificat très explicite de son état mental.

S... n'étant pas rentré à l'Asile, ainsi du reste que vous en avez informé le Dr Blachez, à la date du 19 avril, l'examen médical dont il s'agit n'a pu avoir lieu.

Dans tous les cas, mon intervention, je le répète, n'a plus de raison d'être en présence du fait accompli.

Recevez, etc. Le Préfet de Police,
Signé : CAMESCASSE.

Dans cette lettre que M. le Préfet a certainement signée, sans en connaître les termes, nous relèverons deux points :

1° M. le Préfet oublie que c'est lui-même qui, sur notre demande, a autorisé les congés; que, par conséquent, en accordant un congé au jeune S... et en le renouvelant, on ne commettait aucune irrégularité.

2° Il oublie encore que ses bureaux avaient commis une erreur en adressant à l'un de nous la lettre destinée à M. Blachez.

3° Enfin, nous ajoutons qu'en faisant parvenir à M. Blachez la lettre dont nous venons de parler, nous le prévenions que l'enfant était en congé, mais qu'il lui serait conduit par sa mère là où il le désirerait, afin de lui éviter tout dérangement.

7 *mai*. La conduite de S... continue à être bonne. Il va exactement à son travail, ne découche point, passe ses dimanches à la Société de patronage de la rue Corvisart. Sa santé est bonne. S... assure de nouveau que c'est seulement à la colonie de Vaucluse qu'il a porté le nom de « la Giberne. » — Un agent de la préfecture est venu le visiter ; il a paru satisfait des renseignements, et fait espérer que la sortie serait bientôt définitivement accordée. — Le congé de S... est renouvelé.

28 *mai*. S... est allé avec sa mère chez M. le Dr Blachez qui s'est étonné des difficultés apportées à la sortie. Malgré les conseils que nous avons donnés à sa mère, celle-ci a encore changé Marius de place ; il est maintenant en apprentissage chez un corroyeur, rue Poliveau.

A maintes reprises, en mai et en juin, l'un de nous a eu l'occasion de rappeler l'affaire de cet enfant à M. Camescasse. Enfin, le 10 juillet, TROIS MOIS après la signature du certificat de sortie, le directeur de Bicêtre a reçu l'arrêté suivant.

Nous, Préfet de Police,

Vu notre arrêté en date du 18 octobre 1882 ordonnant la séquestration dans un asile d'aliénés du jeune S... (Marius-Eugène), âgé de 16 ans, natif de Paris, domicilié chez sa mère, rue du Vieux-Chemin, 20, à Ivry (Seine); Vu le certificat délivré le 12 avril 1883 par M. le Dr Bourneville, médecin à l'asile de Bicêtre, constatant que le jeune S..., atteint de kleptomanie, pyromanie, etc., a quitté ledit asile en congé d'essai de 15 jours ; qu'il s'est amélioré et qu'il y a lieu de le laisser en liberté ;

Vu les certificats en date des 19 avril et 28 mai derniers, où le même médecin insiste pour que la situation du jeune S... soit régularisée quoiqu'il ne soit pas rentré à l'asile ;

Vu les certificats rédigés les 26 avril et 20 juin 1883 par M. le Dr Blachez, médecin-inspecteur des aliénés traités dans les asiles publics, commis par nous à l'effet d'examiner le jeune S... au point

de vue mental, et de nous rendre compte de l'état intellectuel dans lequel le jeune homme se trouve aujourd'hui ; Vu enfin les renseignements par nous recueillis, et desquels il résulte que la santé du jeune S... s'est notablement améliorée, qu'il travaille régulièrement et que, depuis son départ de l'asile, il n'a éprouvé ni convulsions épileptiques, ni accès de trouble mental dangereux ;

Arrêtons : 1° Notre arrêté du 18 octobre 1882 ordonnant la séquestration du nommé S... (Marius-Eugène), est rapporté, et devient nul, et de nul effet à partir d'aujourd'hui ; 2° Le présent arrêté, dont une ampliation devra être adressée au directeur de Bicêtre, sera, en outre, notifié par le commissaire de police de la circonscription d'Ivry au jeune S... et à sa mère.

Le Préfet de Police,
Signé : Camescasse.

11 *juillet*. La mère de S..., avertie que l'arrêté de sortie avait été pris, nous amène son fils ce matin ; elle répète que sa conduite est bonne, que son patron est très satisfait de lui, et qu'il est toujours dans la même maison.

1884. 15 *janvier*. Nous revoyons le malade à Bicêtre. Sa mère, qui l'accompagne, assure qu'il a toujours travaillé rue Poliveau, qu'on y est très content de lui. Tous les samedis, il apporte sa paye à sa mère. Il va régulièrement à l'école du soir de la rue Beaudricourt. Les dimanches, il reste avec sa mère. Il n'a de fréquentation qu'avec un de ses camarades d'enfance. Ni onanisme, ni rapports sexuels. Léger duvet à la lèvre supérieure et sur les joues ; les poils commencent à être abondants à la racine des bourses qui sont légèrement pendantes. Très léger varicocèle à gauche. Testicules de la grosseur d'une noix. Verge bien développée, longue. Méat étroit, insertion du frein à droite. Gland découvert, disposé en marteau d'une façon très prononcée. Le jeune homme, pris à part, répète qu'il ne se masturbe pas et qu'il n'a pas de rapports sexuels.

Sa mère, interrogée également à part, répète qu'elle en est très contente. De temps à autre, encore, S... se mettrait en colère ; il se contrarie vite, n'aime pas les observations. C'est lui-même qui a demandé à venir nous revoir. La santé physique est bonne ; le sommeil est en général excellent. S... n'a plus « ses rêves dans lesquels il se levait la nuit. »

4 *mars*. Il ne travaille plus à son métier de corroyeur parce qu'il n'y a pas d'ouvrage (on a renvoyé dix ouvriers). Il voudrait entrer comme infirmier, métier pour lequel il a, dit-il, toujours eu du goût.—Sa santé est bonne. Il assure se bien conduire : je me méfie, dit-il. — *Taille* : 1 m. 55.

24 *avril*. Il est entré comme infirmier à la Pitié ; il y est resté 15 jours, et a été renvoyé parce qu'il avait introduit du kirsch. Il est actuellement sans ouvrage.

26 *mai*. S... est toujours sans place depuis qu'il a été renvoyé de la Pitié. Il a travaillé un peu dans les cadres. Depuis 3 semaines il ne fait rien. Pour la première fois, il se présente aujourd'hui mal tenu, sa chemise déboutonnée est sale, sa cravate tout de travers. De plus, il porte une contusion à l'œil droit : il s'est battu avec un de ses camarades avec lequel il jouait de l'argent.

Depuis 3 semaines, il a une bonne amie qui a 16 ans ; elle travaillerait ; c'est elle qui lui donne de l'argent pour payer le garni où ils vont coucher ensemble.

28 *mai*. Hier, le directeur de Bicêtre s'est décidé à l'accepter dans la maison ; il l'a placé à la cuisine, mais on a dit de suite à la mère que son fils était trop faible, qu'il ne pouvait porter les marmites, et que, par conséquent, on ne le garderait pas. Il est cependant à l'essai pour 24 heures. Le lendemain il a été placé comme veilleur à l'Infirmerie générale.

24 *août*. S... est toujours infirmier veilleur à l'Infirmerie. Sa conduite avait été bonne jusqu'à la fin de juillet. Depuis lors, il a été moins obéissant, cherche à sortir le plus souvent possible. Il est moins poli, passe une partie de ses après-midi à se promener dans les cours au lieu de se reposer. Il a continué à avoir des relations avec la jeune ouvrière dont il a été question et qu'il va voir quand il sort. En un mot, aujourd'hui, sa conduite sans être mauvaise d'une façon générale, laisse un peu à désirer. On n'a d'ailleurs observé aucun trouble intellectuel, aucun acte malhonnête. — *Poids* : 49 kilogr. 100. *Taille* : 1 m. 56.

Avant d'exposer les réflexions que nous semble comporter l'observation qui précède, nous croyons utile d'en rapporter une autre, encore plus intéressante, et dans laquelle les désordres pathologiques, qui, chez Sim... (Marius), ont seulement entraîné l'internement dans les asiles, ont eu des conséquences beaucoup plus graves.

VIII.

Hystéro-épilepsie (?) ; instabilité mentale avec perversion des instincts ; impulsions ;

Par BOURNEVILLE et LEFLAIVE.

SOMMAIRE. — *Père, peintre en bâtiments; saturnin, alcoolique, aliéné ; mort d'urémie. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle morte d'une congestion cérébrale. — Grand'tante paternelle suicidée. — Mère, convulsions dans l'enfance. — Grand-père maternel alcoolique. — Tante maternelle hémiplégique. — Sœur, convulsions.*

Conception durant l'aliénation du père. Grossesse accidentée par des émotions; perte de connaissance. — Premières convulsions à 2 ans et demi. — Cauchemars. — Fugues solitaires et fréquentes. — Arrestations pour vagabondage. — Apprentissages multiples. — Première condamnation pour vagabondage et maraude. — Seconde condamnation (décembre 1879). — *Admissions successives dans divers hôpitaux. — Simulation. — De* 13 *à* 16 *ans, syncopes. — Début des attaques en juillet* 1880 (17 *ans*). — *État de mal hystérique. — Contusions. — Admission à la Pitié : nouvelles attaques. — Envoi à Sainte-Anne. — Etat du malade à l'entrée à Bicêtre. — Hémianesthésie incomplète à droite. — Influence de l'aimant. — Hypospadias. — — Onanisme rare. — Accusation de simulation* ; *aveux. — Tentative de suicide. — Tentative d'évasion. — Amélioration. — Exeat. — Conduite régulière* : 5 *mars-août* 1881. — *Fugue subite. — Arrestation au Havre pour vol d'un pain. — Condamnation à la prison. — Peine subie à la prison de Gaillon* : *incidents durant son séjour. Retour à Paris* ; *conduite régulière*

du 16 mars au 20 octobre. — Nouvelle fuite; vagabondage; vol en commun; arrestation : condamnation à 8 ans de prison et 10 ans de surveillance. — Confirmation en appel. — Intervention auprès du Président de la République et du ministre de la justice : insuccès complet. — Tuberculose pulmonaire. — Mort.

Le nommé Brig... Albert, âgé de 17 ans, est entré à Bicêtre le 1er septembre 1880 (service de M. Bourneville).

Renseignements fournis par sa mère (15 nov. 1880). *Père*, peintre en bâtiments, n'aurait jamais eu de coliques de plomb, ni de paralysie, bien qu'une note de M. Magnan, à Sainte-Anne, constate qu'il présentait les signes de l'*intoxication saturnine*. Sa femme en parle comme d'un homme très rangé « de conduite », ne faisant pas d'excès alcooliques, fumant modérément, et tellement régulier qu'il serait resté 37 ans chez le même patron. Il était sujet à des *colères* très fortes, mais toujours motivées; il n'aurait jamais été malade avant 1869, où il fut admis à Cochin « déraisonnant déjà » puis transféré à Sainte-Anne en 1870. Rendu à sa famille au bout de six mois, il est mort à Necker en 1875, d'*accidents urémiques*, à l'âge de 53 ans. De ce côté, on ne nous signale comme accidents nerveux que de l'insensibilité du côté gauche, à plusieurs reprises (voir plus loin). Son fils au contraire nous le représente comme ayant eu des *coliques de plomb* et étant sujet à des attaques de nerfs. Il raconte même avoir assisté à plusieurs de ces crises qui auraient consisté en grandes convulsions toniques et cloniques, avec congestion de la face et agitation violente; après un certain temps de calme relatif, l'attaque reprenait et ainsi de suite pendant plusieurs jours ; à la suite de ces crises, ajoute-t-il, il persistait une exaltation durant plusieurs mois et pour laquelle on l'a fait entrer à Sainte-Anne. Il y aurait été à trois reprises et environ 8 à 10 mois chaque fois. Enfin, M. Magnan a bien voulu nous envoyer des renseignements desquels il résulte qu'admis à Sainte-Anne le 4 février 1870, cet homme était *alcoolique*, que ses facultés intellectuelles avaient notablement baissé, qu'il était en proie à des poussées de *délire alcoolique*, à des *hallucinations* et à des *idées mélancoliques*. Le 25 juin 1870, au bout de 5 mois de traitement, il fut rendu très amélioré à sa femme. [*Père*, mort à 83 ans de la *pierre?* peintre en bâtiments, aurait fait quelques *excès de boisson*. D'après les dires de notre malade à la fin de sa vie, il s'enfermait chez lui, croyant qu'on vou-

lait le tuer. — *Mère*, morte probablement d'une *congestion cérébrale*, était lingère, sobre, aurait eu quelquefois des moments d'absence dans les dernières années de sa vie. Rien de plus à signaler du côté paternel de notre malade, sinon le *suicide* d'une sœur de son grand-père].

Mère, 48 ans (en 1880), coloriste, bien portante, n'a présenté comme accident nerveux que des *convulsions* dans l'enfance ; sa tenue est convenable ; elle a une intelligence ordinaire. [*Père*, alcoolique, mort du choléra en 1849. — *Mère*, non nerveuse, morte à 51 ans d'une fluxion de poitrine. — Une *sœur*, *paralysée* du côté droit depuis l'âge de 30 ans, est morte à la Salpêtrière en 1883. Pas d'aliénés, etc.] — *Pas de consanguinité.*

Notre malade a eu un *frère* et trois *sœurs*, dont une seule a présenté des *convulsions* (morte à 6 mois); une autre est morte à 3 ans du croup. Les autres sont bien conformés et bien portants.

Deux mois *avant la conception* de notre malade, son père avait eu la tête un peu dérangée pendant quinze jours : il ne travaillait pas, ne dormait pas, parlait sans cesse et avait des idées absurdes. Pendant la *grossesse*. la mère eut des chagrins causés par plusieurs *accès de folie* de son mari, qui, sous l'influence de son délire, voulait se jeter par la fenêtre. Vers le 4ᵉ mois, pendant la nuit, un accès de ce genre lui causa une telle peur *qu'elle perdit connaissance* pendant trois heures. L'*accouchement* se fit à terme et fut naturel. L'enfant, qui ne présentait rien d'anormal à *la naissance*, fut élevé au sein par sa mère pendant deux mois, puis par une nourrice jusqu'à 14 mois. A ce moment, il commençait à parler, était propre, mais n'a marché qu'à 18 mois.

Envoyé à l'asile à 3 ans, puis à l'école, il y resta jusqu'à près de 13 ans ; il apprenait assez bien et ne causait guère de désagréments à sa famille. — A 2 ans 1/2, il eut des *convulsions* pendant 10 à 15 minutes, avec agitation des membres sans prédominance d'aucun côté. A quatre ans, il eut la rougeole, puis une légère varioloïde et enfin, vers 5 ans, la scarlatine.

Très impressionnable, *colère*, il était, dès ses premières années, sujet à des *peurs*, à des *visions* la nuit. Ces cauchemars, ces terreurs nocturnes, qui lui faisaient pousser des cris, ont duré jusqu'à l'âge de 13 ans. Mis alors en apprentissage comme régleur, il n'y est resté que 2 mois, nous dit sa mère ; comme il s'ennuyait elle le fit travailler avec elle. A la maison il était tranquille, mais de temps

en temps, presque toutes les semaines, *il se sauvait de chez lui*; toute la journée il restait dehors, ne rentrant que dans la nuit, sans avoir mangé; « il dévorait en rentrant. » Il paraît que pendant longtemps, dans ces fugues, il évitait tout le monde; à maintes reprises, des voisins l'ont trouvé seul auprès des fortifications. Trois fois il aurait été arrêté comme *vagabond* et rendu à sa mère.

Suivant la version de notre malade, au sortir de l'école, il fut condamné pour vagabondage à 2 mois de prison subis à la Petite Roquette. Mis en apprentissage chez un *peintre*, il n'y resta que peu de temps et fut successivement employé comme *régleur*, pendant un an, puis comme *tireur de feuilles* pendant quelques mois. Vers la fin de janvier 1879, il alla en compagnie de quelques enfants de son âge, vagabonder et marauder aux environs de Paris; il fut pour cela condamné à 6 jours de prison. D'après une lettre qu'il écrivit à M. Macé dans les premiers temps de son séjour à Bicêtre, les jeunes gens qu'il fréquentait alors, étaient des maraudeurs qui dévalisaient Clamart et Vanves, et qui joignaient à cette industrie la fabrication de fausse-monnaie (?)

Nous n'avons guère de renseignements sur ce qu'il fit en sortant de prison. D'après ce qu'il écrit à M. Macé, il semble avoir continué à fréquenter ce qui restait de la bande des faux-monnayeurs de Clamart. Il nous raconte qu'enfin, le 19 août 1879, il était allé avec trois amis dévaliser un jardin qu'ils croyaient inhabité. Signalés par des ouvriers qui leur jetèrent des pierres, poursuivis par le gérant de la maison, ses camarades se sauvèrent, mais lui fut pris et conduit à Mazas. Là, il tenta de se suicider (?) et pour ce fait, fut mis en cellule double. Après avoir dénoncé toute la bande, il fut jugé le 15 octobre et condamné à 6 mois de prison, qu'il fit à la Santé (6 décembre 1879-6 juin 1880).

Les renseignements qu'il donne sur ce qui se passa à sa sortie de prison sont peu précis. Les dénonciations qu'il avait faites, ainsi que sa mère, et qui avaient été suivies de condamnations, lui ayant attiré la haine de ses anciens amis, il ne paraît pas avoir repris sa vie de maraudeur et de vagabond. Ses anciens camarades, pour s'en venger, venaient la nuit, en bande de 8 ou 10, devant la maison qu'il habitait, criant: Brig...!, Brig...!, l'injuriant. Parfois ils suivaient sa sœur et la menaçaient. C'est pour ces raisons que sa mère changea de domicile. Durant quelques mois, B... se fit successivement admettre dans plusieurs hôpitaux pour des motifs variables. De ses récits discor-

dants, on peut conclure qu'au commencement de 1880; il entra à Laënnec où, dit-il, il fit semblant de tomber. Il dit également avoir été soigné par M. Bernutz, à la Charité, pour un rhume, avoir passé les mois d'avril et mai 1880 à l'Hôtel-Dieu, chez M. Sée, pour de l'anémie et une fissure à l'anus (dilatation brusque); enfin, au commencement du mois d'août, il entra chez M. Dumontpallier à la Pitié. Comme il troublait le repos des autres malades, par ses attaques, M. Dumontpallier le fit conduire à Sainte-Anne, d'où il fut dirigé sur Bicêtre le 1er septembre 1880.

D'après ses dires, qui, du reste, coïncident avec les renseignements donnés par sa mère, la maladie nerveuse qui l'a fait entrer dans cet hospice, aurait débuté en juillet 1880. Notons cependant que depuis l'âge de 13 ans, il aurait eu de temps en temps, cinq fois par an environ, des *syncopes*. Dans les premiers jours de juillet, il avait eu une dispute avec des camarades et était tombé à l'eau; de là une grande émotion, mais sans accidents immédiats. Huit jours après, il se promenait avec sa mère, quand tout à coup il eut une sensation de froid au niveau du front, s'irradiant dans tout le corps jusqu'aux pieds; en même temps, il sentit comme une petite boule qui lui remontait de l'épigastre au cou et produisait là une sorte de constriction. Il eut à peine le temps de dire à sa mère qu'il se trouvait indisposé; puis, subitement, il tomba à terre et fut pris de *convulsions* qui durèrent une heure et un quart. Deux heures après la première attaque en survint une seconde, puis une troisième. De nouvelles attaques se produisirent ainsi pendant trois jours, ne présentant entre elles que des intermittences très courtes. On avait dû disposer des matelas à terre et son corps était couvert de bleus et d'égratignures. Cet *état de mal hystérique* ne cessa que sous l'influence d'inhalations de bromure ou d'iodure d'éthyle (?). Les attaques ne tardèrent pas à reparaître, et c'est alors que Brig... entra à la Pitié, chez M. Dumontpallier. Là, il aurait encore eu de nouvelles attaques. C'est à cause des inconvénients résultant, pour les autres malades, de ses attaques, que M. Dumontpallier se décida à l'envoyer à l'Asile clinique (Sainte-Anne).

Etat actuel (5 septembre 1880). *Tête* régulière; front assez élevé, droit; visage symétrique; oreilles à peine ourlées, lobule adhérent.

Circonférence horizontale du crâne.	54 cent.	1/2
D'un tragus à l'autre par le front.	28	
D'une oreille à l'autre par l'obélion.	30 —	1/2
De la racine du nez à la protubérance occipitale externe.	34	
Diamètre antéro-postérieur.	18 —	1/2
id. bi-pariétal	15	

Rien à signaler d'anormal du côté des appareils circulatoire, respiratoire et digestif: la voûte palatine est symétrique, étroite et assez profonde. La *verge* est bien conformée, mais il y a un *hypospadias* complet. Les testicules sont descendus et peu volumineux. Au dire du malade, il arriverait que lorsqu'il reçoit un choc sur le testicule droit, celui-ci remonte jusqu'au milieu de l'aine et la bourse correspondante gonfle considérablement. Il a déjà eu des rapports sexuels, il avoue se livrer à l'onanisme, mais rarement. Peau basanée, cheveux châtain foncé.

Système nerveux. L'intelligence paraît assez développée; le malade répond sans hésitation à toutes les questions qu'on lui pose. Il lit et écrit bien, connaît les quatre opérations de l'arithmétique, a bonne mémoire. Il aime à écrire des lettres. En ce moment, il est en correspondance avec la police de sûreté, et il lui dénonce par lettres ce qu'il prétend savoir sur les bandes de faux-monnayeurs de Clamart, qu'il a fréquentés avant sa condamnation; il lui fait part des confidences qu'il dit avoir reçues à Mazas d'un détenu nommé Kirail, qui avait appartenu á la bande Abadie. Dans une lettre ultérieure (12 octobre) il se plaint de n'avoir reçu aucune gratification au sujet de ces dénonciations et rappelle les services du même genre qu'il aurait déjà rendus à la police de sûreté.

Sensibilité générale. Il y a une diminution notable de la sensibilité du côté droit, surtout en avant; néanmoins l'anesthésie n'est pas absolue sur le tronc et le malade sent les excitations un peu fortes. Cet état existe encore plus marqué aux membres et notamment au membre supérieur; au niveau du bras droit, *les plus forts pincements ne sont pas perçus*. Le testicule droit est insensible à la pression.

Sensibilité spéciale. La plupart des couleurs sont bien perçues et il n'y a guère que des différences de nuance d'un œil à l'autre. La vision à distance s'effectue assez bien des deux yeux; elle est cependant moins nette à droite; cet affaiblissement de la vue à droite date d'envi-

ron un an, nous dit le malade. Le *côté droit de la langue* est insensible aux substances sapides et aux piqûres. L'ouïe est moins bonne à droite; le bruit de la montre est cependant perçu de ce côté à une distance de dix centimètres. L'odorat est obtus du même côté seulement.

Zones hystérogènes. Pas de clou, mais douleur constrictive au niveau du front au moment où il va avoir son attaque. Au-dessous des fausses côtes de chaque côté, points grands comme une pièce de cinq francs où la pression produit une sensation de chatouillement intense, que le malade compare à la sensation causée par le chatouillement de la plante du pied et qui lui répond dans la tête. Plus bas, au niveau de la fosse iliaque droite, autre point grand comme une pièce de cinq francs, où la pression même légère, donne la sensation d'un poids considérable et répond dans la tête en donnant au malade une sensation particulière. Bien que cette zone existe du côté de l'hémi-anesthésie, la sensibilité cutanée est conservée à ce niveau. Au-dessous des côtes, au niveau des carrés lombaires, de chaque côté, existe encore une région large comme la moitié de la paume de la main, et où la pression produit une sensation de chatouillement toute spéciale qui, selon l'expression du malade, « le retourne tout entier. » La pression sur les apophyses épineuses et dans les gouttières, ne réveille aucun point spécial. Ces points ne sont pas du reste de véritables zones hystérogènes, mais plutôt des régions où la pression cause une sensation particulière de chatouillement exagéré.

24 *septembre*. Un *aimant* est appliqué sur la partie externe de la cuisse droite à 1 h. 17 du soir; la sensibilité, préalablement explorée, est très obtuse de ce côté; les plus forts pincements ne sont pas perçus sur la région externe du membre, ni au pied. Au tronc, la sensibilité est très obtuse, mais incomplètement abolie. A 1 h. 28, sensation de grande pesanteur et de fatigue dans le membre inférieur droit. A 1 h. 30, fourmillements aux extrémités des orteils; la sensibilité est revenue aux environs des pôles de l'aimant et un peu à la partie la plus externe du membre inférieur; mais la face interne est encore absolument insensible; le membre inférieur gauche est très sensible. Le bras droit commence à être sensible. A 1 h. 31, oscillation. La zone qui entoure le point d'application de l'aimant perd la sensibilité qu'elle avait acquise, mais le reste du membre devient sensible; sensation de tiraillement au-

dessus du genou. A 1 h. 42, la sensibilité reparaît vers les pôles de l'aimant ; elle diminue un peu dans la région correspondante de la cuisse gauche ; la pesanteur dans le membre droit persiste, surtout vers le genou. A 1 h. 45, la sensibilité existe dans tout le côté droit, sauf aux doigts de la main, et sur le côté droit de la muqueuse buccale. Le tiraillement des poils n'est pas perçu au niveau de la cuisse droite. L'état des yeux n'a pas changé ; c'est toujours le droit qui est le moins bon ; la vue est brouillée de ce côté.

L'état ainsi obtenu a persisté jusqu'au 7 octobre, et pendant toute cette période, le malade n'a pas eu d'attaques. Elles ont reparu avec l'hémianesthésie, qui est complète à la date du 15 octobre. (Les recherches relatives à la sensibilité, ont été faites avec les plus grandes précautions).

4 *novembre*. Deux lettres anonymes de ses compagnons l'accusent d'être un simulateur. Lui-même écrit à M. Bourneville qu'il a simulé des attaques et de l'hémianesthésie à Laënnec pour passer l'hiver à l'hôpital; qu'il a fait semblant de tomber à la Pitié et qu'il a continué ce rôle pour venir à Bicêtre. La *sensibilité* est en grande partie revenue à droite ; la douleur à la pression sur les zones hystérogènes est très diminuée.

8 *décembre*. Depuis quelque temps, Brig... est employé dans l'après-midi à la buanderie. Hier vers 3 ou 4 heures on l'a trouvé au fond de la cour de l'étendage, pendu à un treillage haut de 1 m. 60; ses pieds traînaient par terre. On s'est aperçu de suite de cette tentative de suicide, et on l'a détaché. Pas de modification de la face ; la constriction ne paraissait pas avoir été très forte ; ses pieds, d'ailleurs, touchaient le sol. On l'a ramené sur un brancard ; mais du lieu de la tentative au brancard, il a fait cinq ou six pas, les yeux ouverts et ayant sa connaissance. On l'a monté à l'infirmerie, on l'a couché ; il grelottait de froid. Au bout de quelques instants, il a fait un *arc de cercle* durant trois ou quatre secondes, et est tombé sur son lit. Puis on lui a fait boire un peu de vin et il a dit se trouver mieux. Dans la soirée il a manifesté le regret de n'avoir pas réussi à se pendre.

17 *décembre*. Douleur névralgique lancinante dans la gouttière vertébrale au niveau du 5e espace intercostal et au niveau du rebord des fausses côtes du côté gauche. Douleur intermittente dans le genou s'accompagnant de flexion de la jambe sur la cuisse, comme par une secousse. Injections de morphine.

26 *décembre*. La sensibilité existe des deux côtés.

1881. 3 *janvier*. *Tentative d'évasion* hier soir en compagnie d'un de ses camarades. Envoyé à la Sûreté.

5 *mars*. Depuis le mois de décembre, il n'a pas eu d'attaques. Sa conduite a été bonne. Pendant son séjour il a été régulièrement à l'école, où il n'a fait que des progrès insignifiants.

	Taille.	Poids.
Septembre 1880	$1^m 61$	$51^k. 200$
Mars 1881	$1^m 62$	$49^k. 400$

Voici le tableau de ses attaques pendant son séjour à Bicêtre.

Septembre 1880.	51 attaques	1 vertige.
Octobre 1880.	81 —	« —
Novembre 1880.	0 —	« —
Décembre 1880.	2 —	« —
1881	0 —	« —
	134 attaques	1 vertige.

Jamais nous n'avons vu nous-mêmes ses attaques, de sorte que nous ne pouvons en donner la description. Ce qui paraît probable c'est que, à côté d'*attaques réelles*, il y avait des *attaques simulées*. Il sort le 5 mars.

Nous avons eu l'occasion d'avoir des détails circonstanciés sur les faits et gestes de notre malade après sa sortie. Du mois de mars au mois d'août 1881, il a travaillé avec sa mère comme *coloriste*; très tranquille alors, laborieux; il refusait de sortir même de la maison, pendant un mois, dans la crainte de rencontrer ses anciens camarades. Au mois d'août, il quitta brusquement sa mère. Quelques jours après, il fut arrêté au Havre et condamné à 18 mois de prison pour tentative de vol d'un pain. Il subit cette peine à Gaillon (16 septembre 1881 au 16 mars 1883). Nous tenons de notre ami, le Dr Hurel, médecin de la Maison Centrale de Gaillon, les détails suivants relatifs à son séjour dans cette prison.

Le 6 *décembre* 1881, il se dit hémiplégié, du côté droit. Le quatrième jour de sa maladie, ayant été mis au vivres de la détention pour trois jours, il prétendit aller mieux dès le second.

21 *décembre*. Condamné à *un mois de cachot* pour injures envers un agent. Du 30 janvier au 20 février 1882, il va six fois à l'infirmerie sous divers prétextes, recherchant d'une manière évidente le moyen d'échapper au travail. Le 4 et le 24 février, on le condamne à quelques

jours de *cachot* pour injures aux agents, murmures. Du 15 mars au 14 avril, il va 8 fois à la visite sous des prétextes variés. Dans les nombreux motifs invoqués, on ne constate de réel qu'une *adénite* cervicale. Du 15 avril au 13 juillet, il encourt quatre condamnations successives de cachot ou de consigne (trois mois au total) pour refus de travailler (1).

Pendant le reste de son séjour à Gaillon, il ne s'attire plus de nouvelles peines, mais il ne cesse d'aller à la visite médicale. Une fois seulement, il est admis à l'infirmerie pour indigestion. Sorti de prison, du 16 mars au 20 octobre 1883, il travaille avec sa mère. A ce moment, il la quitte pour vagabonder avec trois ou quatre hommes et une jeune femme. Le 8 décembre, il est arrêté *pour avoir engagé sous son nom*, au Mont-de-Piété, une montre volée. Durant son absence, il est venu plusieurs fois au voisinage du domicile de sa mère, l'a fait appeler pour lui demander quelques secours. Celle-ci l'a engagé à revenir mais la jeune fille qui était avec lui, l'a retenu. Le 11 décembre 1883, il a été condamné en police correctionnelle, à 8 ans de prison et 10 ans de surveillance, jugement qui a été confirmé en appel, le 15 janvier 1884.

Nous sommes intervenus, sur la demande de la mère d'après l'avis de l'avocat ; mais ni le certificat circonstancié que nous avons remis, ni nos appels à la bienveillance de M. le président de la République et de M. le ministre de la justice n'ont eu de résultat.

Peu après sa condamnation, étant à Mazas, il est tombé malade et a été envoyé à l'infirmerie de la prison de la Santé, où il est resté environ une semaine. Il a été ensuite envoyé à la Grande Roquette. Au bout de peu de temps, sa maladie s'étant aggravée, il a été transféré de nouveau à la Santé, où il est mort de *tuberculose pulmonaire*, le 7 juin 1884.

---

(1) Le régime du cachot consiste en pain sec, eau et soupe seulement tous les 4 jours ; il ne peut être infligé pendant plus de 30 jours consécutifs.

IX.

Réflexions sur les deux observations qui précèdent.

Examinons tout d'abord la situation des *familles* et les *antécédents* de ces deux malades.

I. Le *père* de Sim... Marius, sur les ascendants duquel nous manquons de renseignements précis, était *onaniste* ; il avait essayé de se *suicider* ; il est mort *apoplectique*. Sa *mère* a été sujette à des *migraines* et à des *étourdissements*. L'un de ses *grands pères maternels* est mort à sa *troisième attaque de paralysie*. Un oncle du même côté a eu un *accès de folie*. Une *sœur*, née avant lui, a succombé aux *convulsions*. A cet ensemble de mauvaises conditions du fait de *l'hérédité*, il faut ajouter la *disproportion d'âge* des parents que divers auteurs ont accusé de jouer un certain rôle dans la production des *dégénérescences*.

Or, à l'époque de la naissance de Sim..., son père avait 66 ans et sa mère 39, soit une différence de *vingt-sept ans*. Ce n'est pas tout encore : Sim... est né avant terme et la femme qui le nourrit devint folle et n'en continua pas moins l'allaitement.

Toutes ces influences devaient agir sur la constitution de Sim... et la modifier dans un sens profondément pathologique. C'est ce qui est arrivé. Dès *l'enfance*, il manifestait des penchants à la destruction et présentait des phénomènes nerveux inquiétants. Depuis lors jusqu'à son entrée à Bicêtre, son existence a été accidentée soit par des faits témoignant de son *instabilité*

mentale et de sa *perversion morale*, soit par des troubles morbides graves.

A ces derniers se rattachent l'habitude de se lever la nuit, les accès de colère, le somnanbulisme, une congestion méningitique consécutive à une insolation, des crises nerveuses qui ont été rattachées à l'hystéro-épilepsie par M. Magnan, les frayeurs nocturnes, les tentatives de suicide, les hallucinations de la vue, etc.

L'instabilité mentale est mise en relief par le besoin incessant de S... de changer de place, par les nombreux essais d'apprentissage qui ont été tentés.

Quant à la *perversion morale*, elle est caractérisée par ses instincts de destruction, par sa manie du vol (kleptomanie), sa turbulence qui l'avait fait surnommer *Polichinelle*, ses habitudes d'onanisme, ses tendances à l'ivrognerie, les nombreuses irrégularités de sa conduite, son besoin de grimper partout, de jouer de mauvais tours à ses voisins, de casser, de briser, de déchirer, d'incendier, de tramer des complots, etc.

Cinq mois après son admission à Bicêtre, la conduite de S. étant convenable et tous les troubles intellectuels ayant disparu, nous avons cru qu'il était de notre devoir de le rendre à la liberté. On a vu quelles difficultés cette mesure avait rencontrées : nous n'y reviendrons pas. Depuis cette époque, avril 1883, jusqu'à la fin de 1884, sa conduite, sans être absolument bonne, a été passable et, en tout cas, il ne s'est rendu coupable d'aucun méfait.

II. *L'hérédité*, qui a joué un si grand rôle chez Sim..., n'a pas eu une moindre influence chez Albert Brig... Deux de ses grands parents ont fait des excès de boisson. Son père a été aliéné, il a fini par succomber. L'une de ses grand'mères est morte d'une *congestion cérébrale*; l'une de ses grand'tantes s'est *suicidée;* une tante a été *paralysée;* enfin sa mère a été atteinte des *convulsions* durant son enfance. Mais il n'y a pas

que l'*hérédité* à invoquer au point de vue de l'étiologie ; il y a encore l'action de deux causes puissantes, réunies chez le père : *l'alcoolisme* et *l'intoxication saturnine*. Tout le monde s'accorde à reconnaître les mauvais effets de l'alcoolisme des parents sur leurs enfants. Pour être de connaissance moins vulgaire, l'influence des professions insalubres, telles que la profession de peintre en bâtiments, n'en est pas moins certaine. Notre ami, le Dr F. Roque, l'a mise en évidence dans une note intéressante (1).

Tandis que Sim... a été allaité par une nourrice folle, Brig... a été conçu alors que son père était aliéné et sa mère, en le portant, a été sans cesse exposée à des émotions profondes par l'aliénation de son mari. Brig... naquit avec une *malformation de la verge* très prononcée, un *hypospadias*. Dans son enfance, il a eu des *convulsions*, puis, de même que Sim..., des *frayeurs nocturnes* et, plus tard, à la suite d'une peur, des attaques *d'hystéro-épilepsie*. De même aussi que Sim.., il essaya, plus ou moins sérieusement et à plusieurs reprises, de se suicider. L'*instabilité mentale* s'est traduite chez lui par des *fuites* fréquentes et non motivées de la maison maternelle. Il errait seul pendant toute une journée et rentrait le soir exténué de fatigue et de faim, sans avoir commis le plus léger délit. D'autres fois, craignant des reproches qui s'accentuaient sans doute à mesure de la répétition de ses fautes, il n'osait rentrer. C'est dans ces conditions qu'il a été arrêté trois fois comme *vagabond* et rendu à ses parents.

Durant une période assez longue, il s'isolait dans ses fuites ; mais il était trop exposé à rencontrer de mauvaises compagnies pour y échapper. Aussi ne tarda-t-il pas à être entraîné par d'autres jeunes gens de conduite suspecte. C'est à partir de là qu'il est arrêté et condamné à des peines de plus en plus sévères.

(1) Roque (F.). — *Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente.*

Nous avons tenu à vérifier tous ses dires et le récit de sa mère. Nous avons demandé des renseignements dans les divers hôpitaux où il a été successivement admis. Les réponses ont été conformes. En ce qui concerne ses arrestations et ses condamnations, le relevé ci-après montre aussi que ses déclarations avaient été exactes.

22 novembre 1876. Arrêté, avec un nommé Isab..., pour vagabondage. Ce dernier prétendait avoir été entraîné par Brig... à Versailles, afin d'assister au spectacle. Brig... avoua qne c'était la troisième fois qu'on l'arrêtait pour vagabondage. Il fut rendu à sa mère.

10 juillet 1877. Trouvé la nuit couché dans une voiture à bras, sur la voie publique. Déféré au parquet. Rendu sans condamnation.

17 février 1879. Arrêté par la gendarmerie de Montrouge pour *vol d'une boîte de sardines* chez un épicier. Condamné à 8 *jours de prison* (8 mars 1879).

19 avril 1879. Arrêté à Gentilly avec deux autres jeunes gens de son âge, pour *filouterie* (dépense de 5 fr. chez un marchand de vin qu'ils n'ont pu payer). Condamné le 21 avril à *un mois de prison.*

9 août 1879. *Vol de pommes de terre* dans les champs, auprès d'Arcueil. Condamné, le 15 octobre, à *huit mois de prison.* (C'est pendant qu'il faisait cette peine qu'il a été conduit à la Pitié (service de M. Dumontpallier), transféré à Sainte-Anne, et enfin à Bicêtre).

16 septembre 1882. Arrêté dans la Seine-Inférieure pour *tentative de vol d'un pain*, et condamné, à Rouen, à dix-huit mois de prison. (Cette peine a été subie à la prison de Gaillon. Voir p. 172.)

31 août 1883. Arrêté pour *complicité de vol* et condamné à 8 *ans de prison* et 10 ans de surveillance.

L'histoire de Sim..., Marius, et de Brig..., Albert, montre d'une façon indubitable, croyons-nous, qu'il s'agissait là de *deux malades.* Le premier a eu la chance de n'encourir aucune condamnation ; l'autre, au contraire, a subi des condamnations de plus en plus graves : c'était un *récidiviste.* A notre humble avis, il aurait dû être sérieusement examiné au point de vue médical, et au lieu d'être emprisonné, il aurait dû être interné dans un asile, en attendant que la société, plus humaine, ait créé des établissements spéciaux pour ces dégénérés, et, dans la plupart des cas, parfaitement susceptibles d'être améliorés. Si parmi les jeunes gens récidivistes, il en est qui sont responsables, il y en a un grand nom-

bre, comme Brig..., qui méritent l'indulgence et sont tout à fait dignes de pitié.

Peut-être aurions-nous hésité à présenter ces considérations si nous n'y avions été encouragé par le souvenir des paroles prononcées autrefois par l'un de nos maîtres, le professeur Axenfeld, à la fin de sa mémorable conférence sur *Jean Wier et les sorciers*.

« Quand vous entendrez dire de certaines natures scélérates que leurs mauvais instincts se sont révélés dès l'enfance, s'écriait-il dans sa péroraison, que le démon de la perversité les poursuit, que ce sont des anomalies, des monstres vomis par l'enfer, il vous semblera reconnaître dans ce langage comme un écho de celui que parlaient le Moyen âge et la Renaissance. L'idée de prédestination, de fatalité, d'asservissement que ces mots expriment (ou plutôt qu'ils trahissent), peut-elle se concilier avec celle de liberté absolue ? N'implique-t-elle pas l'enchaînement de la volonté, ou tout au moins l'absence de cet équilibre idéal, où l'on imagine les résistances proportionnelles aux impulsions, la raison aux penchants ? Que devient la terrible uniformité du jugement en face de l'aptitude infiniment inégale des individus pour le bien et pour le mal ? Là, Messieurs, là est la circonstance atténuante universelle, et comme premier bénéfice, elle devrait rendre la personne humaine sacrée, même sous ses aspects les plus repoussants.

« Mais ces *parias*, ces *types dégradés de l'espèce*, déformations à peine reconnaissables de l'être normal, qui se sentira jamais le courage de les regarder de près et en face ? Qui ? Le médecin ; l'homme qu'aucune laideur ne fait reculer et qui a désappris tous les dégoûts. Peut-être parmi les jeunes esprits à qui j'ai l'honneur de m'adresser en ce moment, s'en trouvera-t-il un qui se laissera gagner à l'attraction de cet important sujet d'étude ; peut-être un médecin nous montrera-t-il un jour à quelles conditions primordiales de l'organisme se lient le vice et le crime, qui sont comme la diathèse et

la maladie morale; d'après quelles lois ils s'associent aux défectuosités intellectuelles ou physiques, ou s'en isolent; pourquoi les influences éducatrices les mieux dirigées n'en peuvent toujours préserver, pas plus que l'hygiène ne décide à elle seule de l'éclosion ou de l'avortement des germes morbides innés. La vérité qui se dégagera de ces investigations, c'est qu'en définitive l'infirmité la plus haïssable est aussi la plus digne de pitié(1). »

---

(1) *Conférences historiques faites à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année* 1865.

NOTE

Nous avons reçu de M. le procureur général de la République à Rouen, la note suivante, relative à l'arrestation et à la condamnation de Brig..., à Rouen. Un sieur Lec..., habitant une commune des environs du Havre, labourait près de son habitation; il entendit un bruit de vitres brisées et s'empressa d'en rechercher la cause, il surprit dans une pièce de sa maison, Brig,.., qui s'y était introduit en brisant une fenêtre, après en avoir escaladé le support. Son camarade faisait le guet autour de la maison.

Quand il fut appréhendé, Brig..., présenta à Lec..., un morceau de pain qu'il tenait à la main et qui fut saisi comme pièce à conviction; il prétendit n'avoir pénétré dans la maison, que poussé par la faim et pour s'emparer du pain qu'il avait aperçu au travers des carreaux.

Devant le juge d'instruction, le témoin Lec... a affirmé que le pain qui se trouvait chez lui, était du pain de ménage, tandis que celui saisi sur Brig... était du pain de boulanger; on a dû croire par suite, que l'intention de Brig..., arrêté avant d'avoir pu s'emparer de quelque objet plus utile, était de ne pas s'en tenir à un vol de pain et qu'il n'avait fait par ce moyen qu'un simulacre.

C'est à cela que se réduit cette affaire. Le 22 août 1881, Brig..., fut condamné à 18 mois de prison, par le tribunal du Havre, jugement confirmé sur son appel, le 16 septembre suivant.

Voici une autre note, qui, comme la précédente, nous arrive un peu en retard, concernant les motifs de la dernière arrestation. « Le 22 octobre 1883, Br... et un nommé Ramb..., après avoir passé la soirée en compagnie du sieur Loise.., et l'avoir enivré au « Château-Rouge », cabaret mal famé de la rue Galande, se sont jetés sur lui dans la rue de la Montagne-sainte-Geneviève et l'ont dévalisé... »

. . . .

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1884.

DEUXIÈME PARTIE

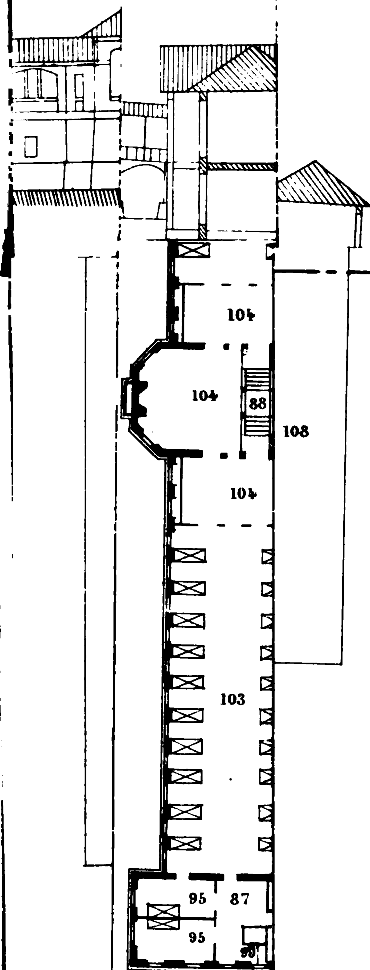
Clinique.

LÉGENDE DU PLAN

84	a	Ateliers des enfants menuisiers.	1er ÉTAGE.
	b	— — serruriers.	Cordonniers.
	c	— — vanniers.	Tailleurs.
	d	Chefs d'ateliers.	2 autres ateliers
	e	Salles d'accès.	2e ÉTAGE.
	f	W. Cl.	Logements.
85	a	Réfectoire, grande division.	
	b	— petite division.	
86		Offices.	
87		Vestibules.	
88		Escaliers.	
89		Services de propreté.	
90		Préaux.	
91		Petit gymnase.	
92		Classe de la petite école.	
93		Classe de la petite école.	
94		Musée.	
95		Chambre de surveillants.	
96		Classe de la 1re division,	
97		Déshabilloirs et hydrothérapie.	
98		Salle de bains.	
99		Water-closets et urinoirs.	
100		Passerelles couvertes.	
101		Dortoirs.	
102		Water-closets et services de propreté.	
103		Dortoirs des gâteux.	
104		Salles de lever.	
105	a	Infirmerie.	
	b	Salle de convalescence.	

BATIMENTS PROJETÉS

106	Dortoirs.
107	Isolement.
108	Cellules.


B
104
104
88
108
104
103
95
87
95

EXPLICATION DES PLANCHES

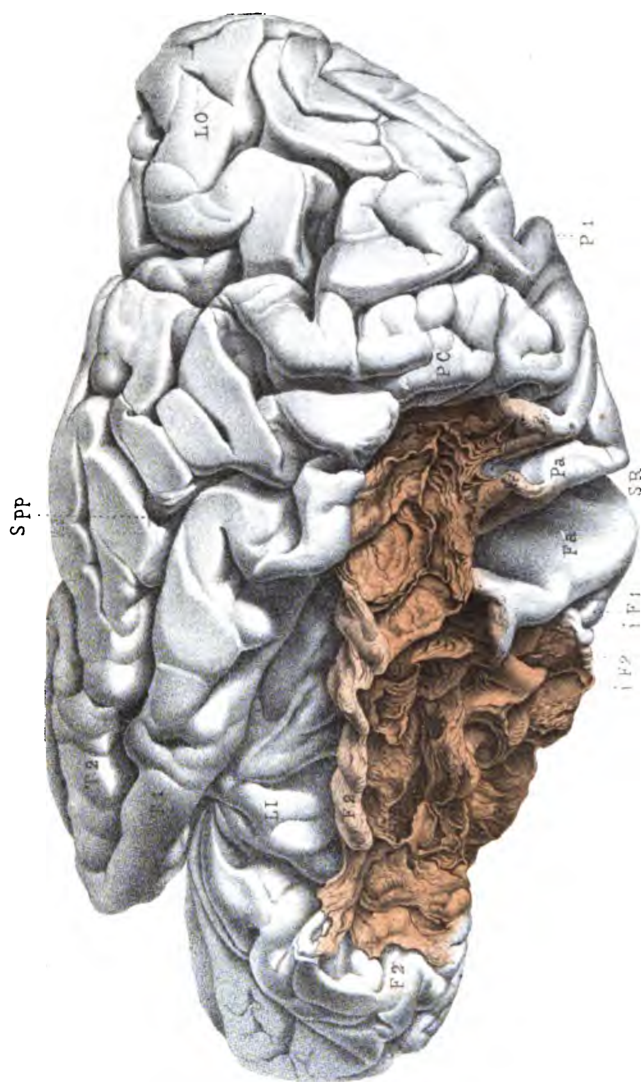
PLANCHE I.

Face convexe de l'hémisphère droit ; foyer ancien.

Par une erreur, qui n'a pu être réparée, de l'imprimeur lithographe, il faut lire les lettres à rebours.

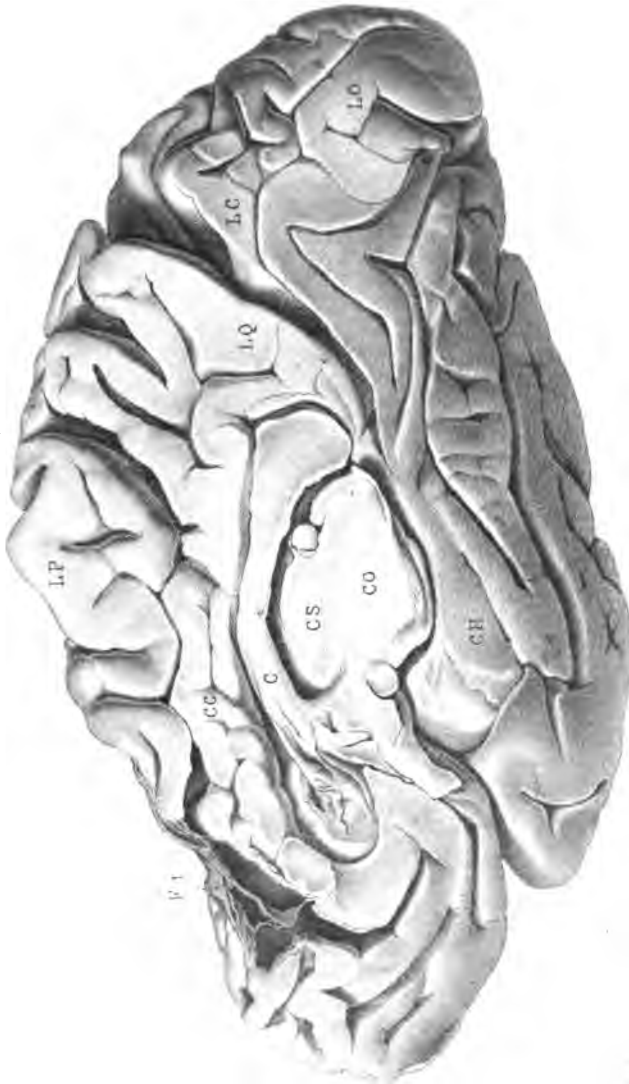
F_1, F_2, F_3, Première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
i F_1, Insertion de la première circonvolution frontale.
i F_2, Insertion de la seconde circonvolution frontale.
F a, Frontale ascendante.
P a, Pariétale ascendante.
SR, Sillon de Rolando.
P_1, Pli pariétal supérieur.
PC, Pli courbe.
T_1, Première circonvolution temporale ; elle envoie un pli de passage au lobule de l'insula dans le fond de la scissure de Sylvius.
T_2, Seconde circonvolution temporale.
SPP, Scissure parallèle.
LC (il faudrait LI), Lobule de l'insula.

Pl. I.



Leuba lith. Imp. Becquet fr. Paris.

Pl. II.



Leuba lith.

Imp. Becquet fr Paris.

PLANCHE II.

Face interne de l'hémisphère droit ; foyer ancien.

F_1, Première circonvolution frontale.
LP, Lobe paracentral.
LC, Lobe carré.
LC, Coin.
LO, Lobe occipital.
CC, Circonvolution du corps calleux.
C, Corps calleux.
CS, Corps strié.
CO, Couche optique.
CH, Circonvolution de l'hippocampe.
T_4, Quatrième circonvolution temporale.

PLANCHE III.

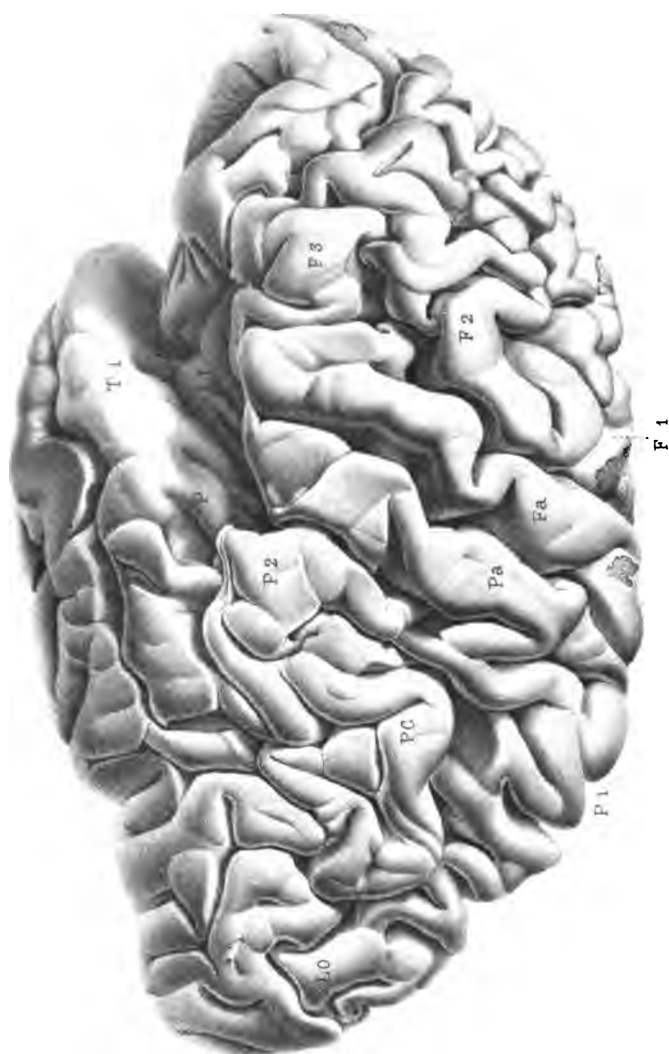
Face convexe de l'hémisphère gauche.

Même erreur d'impression.

F_1, F_2, F_3, Première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
F a, Frontale ascendante.
P a, Pariétale ascendante.
P_1, Pli pariétal supérieur.
P_2, Pli pariétal inférieur.
P c, Pli courbe.
LO, Lobe occipital.
T_1 Première circonvolution temporale.
LI, Lobule de l'insula.
P, Pli de passage envoyé au lobule de l'insula par la première circonvolution temporale.

Cette planche permet de comparer la face convexe de l'hémisphère sain avec l'hémisphère malade et de se rendre compte du retentissement de la lésion sur les circonvolutions non lésées.

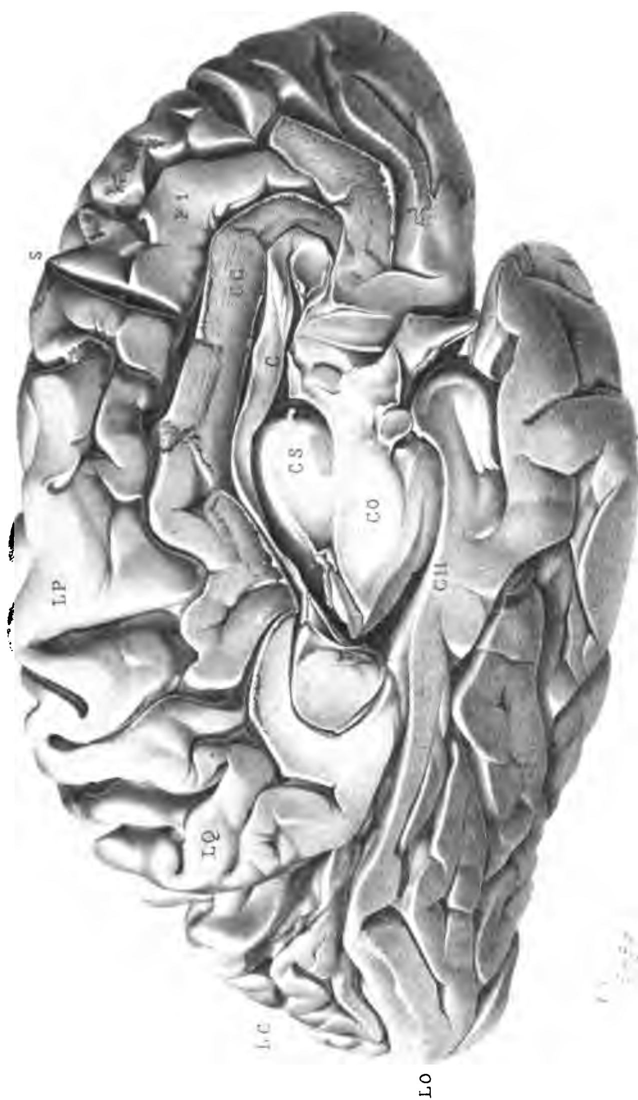
Pl. III.



Leuba lith.

Imp. Becquet fr. Paris.

Pl. IV.



J. euba lith.   Imp. Becquet fr. Paris.

PLANCHE IV.

Face interne de l'hémisphère gauche.

F_1, Première circonvolution frontale, coupée par un sillon vertical, S.
C c, Circonvolution de corps calleux.
C, Corps calleux.
LP, Lobe paracentral.
LQ, Lobe carré.
LC, Coin.
LO, Lobe occipital.
CS, Corps strié.
CO, Couche optique.
CH, Circonvolution de l'hippocampe.

Cette planche permet de se rendre compte par comparaison des modifications déterminées par la lésion sur les circonvolutions non atteintes. Les lobules paracentraux (LP), les lobes carrés (LQ), le coin (LC), les lobes occipitaux (LO), les circonvolutions temporales présentent entre eux de grandes différences, offrant une asymétrie très prononcée. On verra aussi, par cette comparaison, que le corps strié du côté droit est notablement plus petit que le gauche. Les couches optiques paraissent à peu près d'égale dimension.

PLANCHE V.

Ancien foyer (pseudo-kyste), ayant détruit tout le lobe temporal.

Hémisphère droit (*fig.* 1, 2, 3), dessins demi-schématiques, grandeur naturelle après macération dans l'alcool.

Fig. 1. — Coupe pratiquée sur l'extrémité inférieure de la pariétale ascendante, le tiers inférieur du sillon de Rolando, etc.
F_1, première circonvolution frontale. — FA, Frontale ascendante. — PA, Pariétale ascendante. — CC, corps calleux. — VL, Ventricule latéral. — CO, Couche optique. — NV, Noyau intra-ventriculaire du corps strié. — CI, Capsule interne. — NE, Noyau extra-ventriculaire du corps strié. — LI, Lobule de l'insula. — TA, TA, Tissu aréolaire. — PM, pie-mère épaissie, limitant le pseudo-kyste, PK.

Fig, 2. — Coupe pratiquée sur le lobe quadrilatère, les lobules pariétaux supérieur et inférieur.
P_1, Coupe du lobule pariétal supérieur. — P_2, Lobule pariétal inférieur. — LQ, Coupe du lobe carré. — VL, Ventricule latéral. — CS, Corne sphénoïdale. — TA, TA, Tissu aréolaire. — PM, Coupe de la pie-mère épaissie.

Fig. 3. — Coupe pratiquée sur le lobe occipital et vers l'extrémité du pseudo-kyste.
LO, Lobe occipital. — LC, Coin. — CO, Corne occipitale. — TA, TA, tissu aréolaire.

Hémisphère gauche. (*Fig.* 4, 5 et 6; dessins demi-schématiques, grandeur naturelle). — Les coupes ont été fabriquées aussi symétriquement que possible à celles de l'hémisphère malade. La face convexe de l'hémisphère a été aplatie par un défaut de conservation.

Fig. 4. — CCC, circonvolution du corps calleux. — CC, corps calleux. — VL, Ventricule latéral. — NV, Noyau intra-ventriculaire du corps strié. — CO, Couche optique. — NE, Noyau extraventriculaire du corps strié. — CI, Capsule interne. — LI, Coupe du lobule de l'insula. — CS, Coupe de la corne sphénoïdale du ventricule latéral. — F_1, première circonvolution frontale. — FA, Frontale ascendante. — CE, Capsule externe (le trait s'arrête un peu trop en avant). — PA, Pariétale ascendante. — T, Première circonvolution temporale.

Fig. 5. — LQ, Lobe quadrilatère. — VL, Ventricule latéral. — CS, Corps strié. — P_1, Lobule pariétal supérieur. — P_2, Lobule pariétal inférieur. — TT, Circonvolutions temporales.

Fig. 6. — LO, Lobe occipital. — CO, Corne occipitale.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

F

FA

